Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 49. 3. grudnia 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Marja GRYCEWICZ i Zdzisław GORECKI. Warszawa.

O klinicznym sposobie badania oporności włośników skóry (metoda bańki) [1].

Z I. Kliniki Chor. Wewn. U. W.
Zast. Dyr.: Doc. Dr. Zdz. Gorecki.

Badania czynnościowe narządów przedstawiają dla klinicysty i lekarza-praktyka niepoślednią wartość: jako uzupełnienie badania fizykalnego i wywiadów pozwalają one na ściślejsze odgraniczenie postaci chorobowych, a przyczyniając się do ścisłości rozpoznania, stanowią podstawę dla rokowania i leczenia, nieraz zaś są miernikiem poprawy lub pogorszenia się stanu chorobowego.

Badanie stanu włośników skóry stanowi problem szczególnie interesujący. Cały pozostały układ krążenia nastawiony jest na utrzymanie takich warunków dynamicznych we włośnikach, jakie są najkorzystniejsze dla przemiany materji tkanek; nic zatem dziwnego, że problem ten interesował fizjologów, patologów i klinicystów. Nie będziemy tu omawiać kapilaroskopji, która nie odpowiedziała i odpowiedzieć nie mogła zbyt szerokim nadziejom. Pominiemy też próby oznaczania ciśnienia krwi we włośnikach, nie będziemy mówić o objawie tętnienia naczyń włosowatych i t. d., a przejdziemy odrazu do tematu naszej pracy, t. j. do badań nad opornością włośników skóry.

Jak wiadomo, stosuje się obecnie w klinikach metodę bardzo prostą, jaką jest metoda opaskowa Leede'a. Jej prostota i dostępność przedstawia, niewątpliwie, znaczną wartość, a należy przyznać, że metoda ta daje dobre usługi i w różnicowaniu rozmaitych postaci choroby „plamiczej" jest dotychczas niezastąpiona. Do badań subtelniejszych jednakże mniej się nadaje. Stopniowanie, miareczkowanie bodźca czy urazu, wywołującego wybroczyny, jest tu możliwe tylko *in minus* a nie *in plus*, co niezbędne jest dla badań tych zaburzeń oporności włośników skóry, które nie znajdują jeszcze wyrazu w obrazie klinicznym. Pozatem metoda ta może mieć zastosowanie tylko w odniesieniu do skóry kończyn, nie nadaje się zaś zupełnie do badania włośników skóry tułowia.

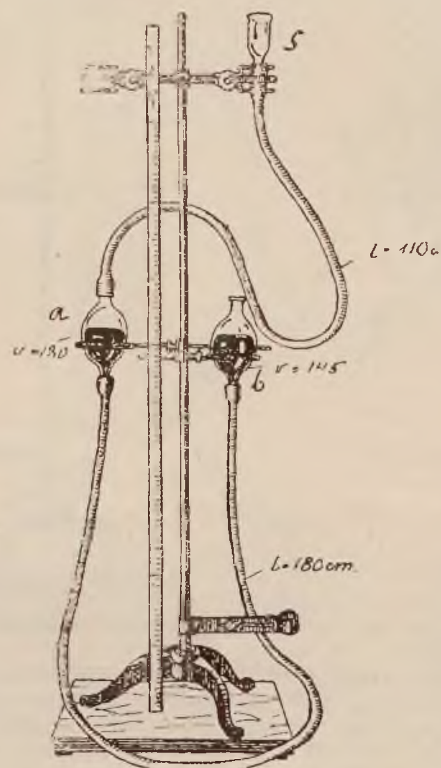
„Wynalezienie" innej, odpowiedniejszej metody nie było trudne, biorąc pod uwagę, że z tego rodzaju „doświadczeniem" spotykamy się codzień, gdy oglądamy „plamiste" ślady baniek na plecach naszych chorych. Chodziło tylko o zastosowanie takiej bańki, względnie ssawki, pod stałą kontrolą manometru.

Przyrząd, którego używaliśmy od początku swych badań, t. j. od początku 1932 r., był następujący (rys.): ssawka (S) o średnicy 2.5 cm, wysokości 4 cm, połączona gumową rurką o grubych ściankach (podobnej używa się do przyrządu Van Slykea) długości 110 cm ze szklanem naczyniem o grubych ścianach, pojemności ok. 180 cm³ (a). Naczynie *a* ustawiliśmy na stałe na statywie o szerokiej podstawie, na wysokości 50 cm od podstawy. Pręt metalowy, na którym umocowaliśmy naczynie *a*, posiadał centymetrową podziałkę. Naczynie *a* posiadało u spodu jako zakończenie rurkę szklaną, na której umocowaliśmy rurkę gumową o grubych ścianach, długości 180 cm, której drugi koniec przymocowany był do naczynia *b*, otwartego u góry. Na pręcie statywu umieszczono trzymadło dla naczynia *b*. Przyrząd wypełniliśmy rtęcią w ten sposób, że rtęć wypełniła całe naczyńko *a*, rurkę łączącą naczyńko *a* z naczyńkiem *b* i dochodziła do naczynia *b*.

Sposób użycia: naczyńko *b* ustawione powyżej naczyńka *a*, rtęć wypełnia naczyńko *a* aż do górnego otworu, w naczyńku *b* dochodzi do dna, gdzie jest widoczna. Ssawkę umieszcza się na skórze badanego, lekko ją przyciskając, drugą ręką zdejmuje się naczyńko *b* z trzymadła, spoglądając na zegarek, i opuszcza się je na żądaną wysokość obok pręta z podziałką, na której odczytuje się poziom rtęci w obu naczyńkach *(a* i *b)*. Różnica poziomu w cm daje nam ciśnienie ujemne rtęci w cm. Przyrządem tym można otrzymać nawet próżnię. W tym czasie ssawka „trzyma się" sama skóry i wystarczy ją tylko lekko ustalić. Po skończonem doświadczeniu należy wolno podnieść naczyńko *b* i umieścić je na trzymadle; po chwili ssawka sama odpada. Pozostaje obejrzenie skóry, zanotowanie czasu trwania bodźca na skórę i wysokości ciśnienia ujemnego.

[1]) Wykład w Tow. lek. Warsz. dnia 30 maja 1933 r.

Zanim przejdziemy do omówienia swoich doświadczeń, musimy nadmienić, że podobne metody, choć naszem zdaniem dla bieżącej pracy klinicznej mniej dogodne, stosowano przed nami. Znaliśmy prace R. Leszczyńskiego (P. G. L. Nr. 44. r. 1928), który interesując się stanem skóry w niektórych jej cierpieniach, zastosował ssawkę o średnicy 1 cm, połączył ją z manometrem

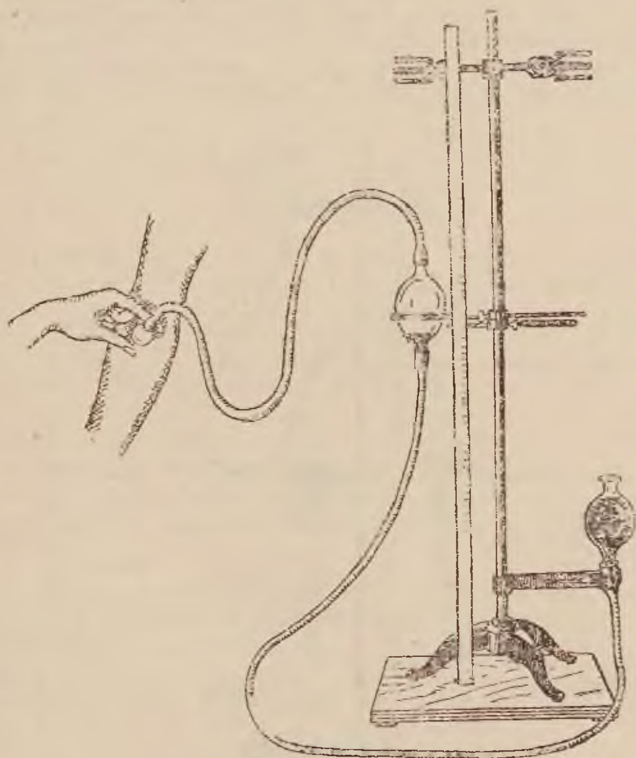


rtęciowym i ssącą pompką wodną. Po skończeniu swych badań rozpoczęliśmy poszukiwania w piśmiennictwie, gdyż R. Leszczyński w swej pracy nie wspomina o stosowaniu tej metody badania przez innych autorów. Ogólne wzmianki Domarusa (Klin. Wochschr. 1931. N. 10) i Klemperera (Ther. d. G. 1932. N. 4) przy omawianiu ich przypadków skierowały naszą uwagę na prace Menglera (Klin. W. 1930. N. 28), który znowu podaje prace Adolfa Hechta (JB. f. Kinderhk. 1907. 65). Hecht był zatem pierwszym, który stosował ssawkę z pompką wodną, połączoną z manometrem; dla uzyskania ujemnego ciśnienia. Mengler w swej pracy używa czegoś w rodzaju przyrządu Potain'a, połączonego z manometrem i ssawką, a następnie dużej strzykawki.

Powyższych metod autorów niemieckich nie stosowaliśmy, gdyż były nam nieznane, nie uważamy jednak, by miały przedstawiać jakieś szczególne udogodnienia — raczej przeciwnie — sądzimy na podstawie naszych doświadczeń, że zapomocą pompki, operując wentylami, trudniej będzie uzyskać żądane ciśnienie ujemne, niż zapomocą naszego przyrządu. A nadto w czasie trwania doświadczenia skóra zostaje wciągnięta do ssawki i to w rozmaitym stopniu, co wymaga dalszych manipulacyj podczas doświadczenia. O ile zaś trwa ono krótko (1—2 minut), wówczas ciśnienie ujemne ulega pewnym wahaniom, co nie przyczynia się do ścisłości. W naszym przyrządzie wystarczy minimalne obniżenie naczyńka ruchomego (b), by utrzymać stałość ujemnego ciśnienia.

Przy badaniu włośników skóry na różnych częściach ciała ludzkiego, mogliśmy potwierdzić wyniki badania R. Leszczyńskiego, który podnosi, że wybroczyny na skórze pojawiały się po zastosowaniu tego samego ciśnienia ujemnego i czasu trwania doświadczenia — z różną intensywnością i szybkością, i to za-

leżnie od miejsca badania, typu skóry, gruźlicy młodocianej i późnej kiły. R. Leszczyński w swoich badaniach wybrał okolicę międzyłopatkową na wysokości kąta łopatki, jako średnio wrażliwą. Nasze badania wykazują, że wrażliwość skóry rozmaitych części ciała daje następujący porządek *decrescendo:* tułów, kończyny górne, dolne. Możemy też potwierdzić badania wspomnianego autora, że stopień napięcia skóry gra rolę w wyniku odczynu. Według Leszczyńskiego wrażliwość skóry wzmaga się z wiekiem. Winniśmy tu nadmienić, że autor ten badał tylko kobiety, jako czas bodźca stosował 20 sekund, a ciśnienie ujemne wytwarzał do 70—72 cm słupa rtęci, gdyż zapomocą swego przyrządu nie mógł osiągnąć niższego ciśnienia i oznaczał to ciśnienie, przy którem pojawiły się pierwsze wybroczyny.



Oczywiście i my stanęliśmy przed problemem, jak ustalić czas trwania bodźca i wielkość ujemnego ciśnienia. Przyrząd nasz pozwala wprawdzie na osiągnięcie znacznego obniżenia ciśnienia, gdyż zależy to tylko od długości rurki gumowej, łączącej naczyńko *a* z naczyńkiem *b* — ale ze względów praktycznych uważaliśmy, że jest to zbędne dla naszych celów.

Pierwszego cyklu próbnych badań dokonaliśmy na osobach zdrowych. W tych pierwszych badaniach przekonaliśmy się, że podczas doświadczenia niepodobna jest określić czas pojawienia się wybroczyn, gdyż skóra w bańce jest jednolicie silnie zaczerwieniona i wciągnięta do bańki, a przerywanie i ponawianie doświadczenia uważaliśmy za niesłuszne, gdyż w ten sposób powstawałby nowy czynnik, jakim jest naciąganie skóry a także ścisłe ustalenie czasu trwania bodźca przy danem ciśnieniu jest niemożliwe. Postanowiliśmy przeto oznaczać stopień natężenia odczynu: jako słaby (plus), mierny (dwa plusy) i silny (trzy plusy) lub ujemny (minus).

Dalsze badania wykazały, że nasilenie odczynu względnie w niewielkim stopniu zależy od czasu trwania bodźca, przynajmniej dotyczy to okresu 1/2 — 3 — a nawet 4 minut. Wobec tego przyjęliśmy, jako czas trwania bodźca jedną minutę.

Ustaliwszy powyższe wytyczne, dokonaliśmy badań u 100 osób. Podkreślaliśmy już powyżej, że różne miejsca skóry wykazują różną wrażliwość wobec naszej metody. Po dłuższem doświadczeniu wybraliśmy dla swych badań stronę wentralną przedramienia, tuż koło przegubu łokciowego, którą podzieliliśmy na 4 pola: radjalne dystalne i proksymalne oraz ulnarne dystalne i proksymalne. W ten sposób uzyskaliśmy 4 miejsca, prawie nieróżniące się wrażliwością, położone koło siebie tak, że mogliśmy wygodnie porównać poszczególne odczyny przy stosowaniu różnych ciśnień. Lekkie zgięcie przedramienia stwarzało zawsze to samo napięcie skóry.

Badania te wykazały, że u osób zdrowych ciśnienie — 10 : —20 cm Hg nie daje żadnych odczynów. Ciśnienie — 30, — 40 cm Hg daje u pewnej liczby ludzi zdrowych odczyn, który wyraża się najczęściej paroma wybroczynami (często koło brzegu bańki). Te nieliczne wybroczynki oznaczaliśmy znakiem plus.

Ograniczając się w niniejszej pracy jedynie do części metodologicznej, nie będziemy szerzej omawiać naszych wyników. Musimy jednak poruszyć tu jedną jeszcze sprawę a mianowicie porównanie metody opaskowej i metody bańki.

Z ogólnej liczby zbadanych przez nas osób 17 wykazywało objaw opaskowy dodatni. Jakże w porównaniu z tem wypadł objaw bańki? Okazało się, że u wszystkich tych osób objaw bańki dał objaw wybitnie wzmożony (trzy plusy) przy ciśnieniu —40 cm Hg, przyczem musimy podkreślić, że z tych 17 osób trzy osoby wykazywały słaby tylko objaw opaskowy. Tu dodamy, że te osoby wykazywały przy —30 a nawet —20 cm Hg objaw bańki wyraźnie dodatni (dwa plusy) lub nawet wybitny (trzy plusy). Już z tego zestawienia wynika, że zapomocą metody bańki możemy ściślej miareczkować oporność włośników skóry na bodziec, przyczem należy podkreślić, że badaniu podlegały te same odcinki skóry (przedramię), co przy metodzie opaskowej.

Z badań naszych okazało się, że istnieją jednak osoby, u których objaw opaskowy wypada zupełnie ujemnie, a objaw bańki daje wyniki dodatnie (dwa plusy, trzy plusy) przy ciśnieniu ujemnem —40 cm Hg a nawet i niżej. W naszym materjale znaleźliśmy takich osób 19.

Zbierając zatem nasze badania metodologiczne, dochodzimy do wniosku, że metoda bańki 1) daje możność miareczkowania oporności naczyń włosowatych skóry, czego nie daje metoda opaski, 2) pozwala na oznaczanie oporności włośników na skórze całego ciała, 3) wykrywa zaburzenia (osłabienia) oporności włośników tam, gdzie metoda opaskowa daje wyniki ujemne.

Co do ostatniego punktu, to pozwoliliśmy sobie zaznaczyć, że metoda bańki jest wprawdzie oparta na zastosowaniu bodźca czy urazu wobec włośników skóry, podobnie jak metoda opaski, ale uraz ten jest nieco innej natury. Zapomocą opaski wstrzymujemy odpływ krwi żylnej, nie tamując przypływu krwi w tętnicach, wskutek czego wytwarza się zastój żylny, który dochodzi do włośników skóry. Wybroczyny występują wówczas, gdy stan włośników nie zdoła wytrzymać ciśnienia krwi wewnątrz nich. W tym przypadku to ciśnienie we włośnikach zależy też niemało od ciśnienia krwi w układzie tętniczym, w szczególności zaś od ciśnienia skurczowego, nie bez wpływu też będzie tu i ciśnienie tętna, względnie wielkość wskaźnika oscylometrycznego.

W metodzie bańki nie mamy do czynienia z utrudnieniem odpływu krwi żylnej. Naszem zdaniem bodziec działa tu nietyle od wewnątrz, od światła włośników, ile z zewnątrz, a przytem jest podwójny. Z jednej strony bowiem ujemne ciśnienie przeciwdziała elastyczności skóry, wskutek czego ściany włośników niejako tracą podporę tkanki otaczającej je, z drugiej strony, przybrzeżnie (t. j. koło brzegów bańki) następuje silne zagięcie skóry, wskutek wciągnięcia jej do wnętrza bańki. Ten drugi czynnik odpowiada niejako tej próbie, którą niektórzy autorowie stosują w celu zbadania oporności włośników, a mianowicie jest to rodzaj szczypania przez ujęcie palcami fałdu skóry i ściśnięcie go. Przez użycie ssawek o większej lub mniejszej średnicy otrzymujemy przewagę jednego lub drugiego bodźca. Że jest tak w istocie, dowodem tego jest objaw dodatni, jaki nieraz otrzymywaliśmy, polegający na dość licznych wybroczynach, kolisto nieraz ułożonych, przyczem w środku tego „koła" liczba wybroczyn była bardzo nieliczna, podczas gdy „koło" było silnie zaznaczone. Nie przesądzając faktów wspomnimy, że ścisła obserwacja tych subtelniejszych odmian odczynu bańki może przyczynić się do bliższego poznania choroby plamiczej naczynio-pochodnej.

Tu też wspomnimy, że skóra pod wpływem ujemnego ciśnienia ulega silnemu zaczerwienieniu, czasem, choć nie zawsze, ze słabszym lub silniejszym odcieniem sinawym. Typową sinicę, podobną do tej, jaką widzimy w objawie opaski, spotyka się bardzo rzadko i w łączności ze szczególnemi zaburzeniami w krążeniu. Zwrócenie uwagi na odmienność odcieni zabarwienia skóry w odczynie bańki oraz na czas trwania zabarwienia po odjęciu bańki, może, jak sądzimy, przyczynić się do badania krążenia włośnikowego co, oczywiście, nie pozostaje w bezpośrednim związku z opornością ścian włośników.

Wreszcie z naszych spostrzeżeń wynika, że metoda bańki może oddać usługi w oznaczaniu „pogotowia obrzękowego" skóry i to różnych jej odcinków. Zależnie od stopnia skłonności do obrzęku, widzimy po zdjęciu bańki większy lub mniejszy miejscowy obrzęk skóry o kształcie kolistego wzniesienia ponad poziom skóry otaczającej. Nieraz spostrzegaliśmy nadto wyraźne wgłębienie od brzegów bańki. I ten objaw trwa rozmaicie długo po usunięciu bodźca.

A zatem do wniosków, podanych wyżej, możemy dodać dalsze: objaw bańki 4) opiera się na odmiennych podstawach, niż objaw opaskowy a zatem przedstawia wzbogacenie naszych metod badania, 5) może służyć do badań krążenia włośnikowego

w różnych odcinkach skóry, 6) jest też metodą badania „pogotowia obrzękowego" różnych odcinków skóry.

Dalsze nasze badania nad metodą i objawem bańki są w toku, tymczasem podajemy powyższe szczegóły, otrzymane przez nas, w nadziei, że stanowić one mogą podstawę do dalszych dociekań klinicznych. Musimy tu podkreślić ze szczególnym naciskiem, że nieuwzględnienie niektórych szczegółów może uczynić iluzorycznym wynik badania. Pożądanemby też było ujednostajnienie pewnych szczegółów, jak czasu trwania doświadczenia, średnicy ssawki, miejsca badania, aby móc wzajemnie porównać otrzymane przez różnych autorów wyniki.

Dr. Witold DŻUŁYŃSKI. Lwów.

O mechaniźmie powstawania obrażeń pośrednich mózgu w szczególności t. zw. contre-coup.

Z Instytutu medycyny sądowej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Sieradzki.

Dokończenie.

Jako ilustrację powyższego wywodu przytaczam poniżej pięć przypadków sekcyjnych (sekcjonowanych w Instytucie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie) o wyraźnych pośrednich obrażeniach c. c. mózgu:

Przypadek 1: R. F. lat 25 rzuciła się w zamiarze samobójczym z wysokości II piętra, a uderzając tyłem głowy o twarde podłoże, poniosła śmierć. Sekcja zwłok (L. p. 30/32) wykazała: nieliczne drobne otarcia naskórka i sińce na powłokach skórnych, zresztą bez znaczenia dla obrażeń czaszki i mózgu, na powłokach czaszkowych po stronie wewnętrznej w okolicy potylicy i tylnej części szczytu głowy rozległy wylew krwawy, a między oponami nad półkulami mózgowemi płasko rozlaną krew. Na dolnej powierzchni płatów czołowych stwierdzono dość rozległe ognisko stłuczenia, przechodzące w okolicy linji środkowej ciała na przednią powierzchnię płata czołowego lewego; podobne, lecz drobne ogniska stłuczenia zauważono również na dolnej powierzchni płatu skroniowego lewego. Czaszka uległa pęknięciu na kości potylicznej w części górnej, po obu stronach symetrycznie, wzdłuż szwu wargowego, poczem pęknięcie to przebiegało przez kości obu dołów czaszkowych środkowych mniejwięcej ku przodowi i kończyło się tu, rozgałęziając się.

W powyższym przypadku (Ryc. 3) fala podłużna, która od miejsca urazu, t. j. od kości potylicznej (w jej górnej części), przebiegła mózg, wywołała po stronie przeciwnej na płatach czołowych, rozległe ognisko stłuczenia, nietylko na podstawie tych płatów, ale także na ścianie przedniej płatu lewego, a więc w części przegrodzonej niewątpliwie od blaszki kostnej warstewką płynu mózgowo-rdzeniowego. Drobniejsze ogniska stłuczenia, które przy sekcji stwierdzono na podstawie płatu skroniowego, po-

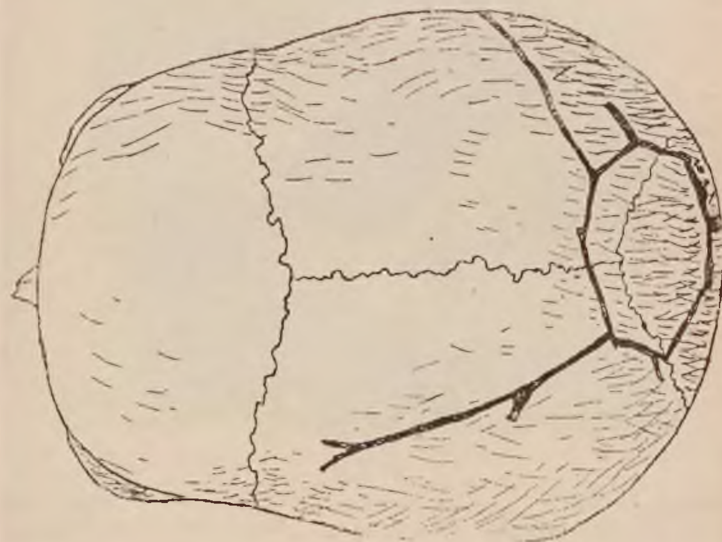


Ryc. 3.

wstały — mojem zdaniem — wskutek odchylenia się pewnych wiązek z zasadniczej fali podłużnej, w związku z nierównościami na powierzchni wewnętrznej czaszki, w miejscu działania urazu.

Przypadek 2. H. B. lat 56, potrącona przez auto upadła, uderzając tyłem głowy o chodnik kamienny. Sekcja zwłok (L. p. 130/33) wykazała: na powłokach czaszkowych nieco poniżej guza ciemieniowego prawego ranę gwiaździstą o czterech ramionach, każde 2 cm długie, a na powłokach czaszkowych po stronie wewnętrznej rozległy wylew krwawy w okolicy obu guzów ciemieniowych oraz potylicy, pozatem pomiędzy oponami w okolicy ciemieniowej prawej i w okolicy lewego płatu skroniowego płaskie wylewy krwawe. Na powierzchni płatu skroniowego lewego stwierdzono koliste ognisko stłuczenia. Kościec czaszki wykazywał pęknięcie na podstawie w dole czaszkowym przednim po stronie prawej.

Przypadek 3. J. P. lat 72, upadł z drabiny z wysokości kilku metrów i uderzył głową o twardą podstawę. Sekcja zwłok (L. p. 92/33) wykazała: spłaszczenie szczytu głowy powyżej kości potylicznej, w części środkowej tego spłaszczenia dotkankowy wylew krwawy, na powłokach czaszkowych po stronie wewnętrznej rozległy wylew krwawy. Na podstawie obu płatów czołowych i na podstawie płatu skroniowego lewego stwierdzono rozległe powierzchowne ogniska stłuczenia mózgu, zwłaszcza na płatach czołowych. Na sklepieniu czaszki (Ryc. 4) wykazano dość rozległe, mniejwięcej czworograniaste włamanie sklepienia obejmujące znaczną część łuski kości poty-



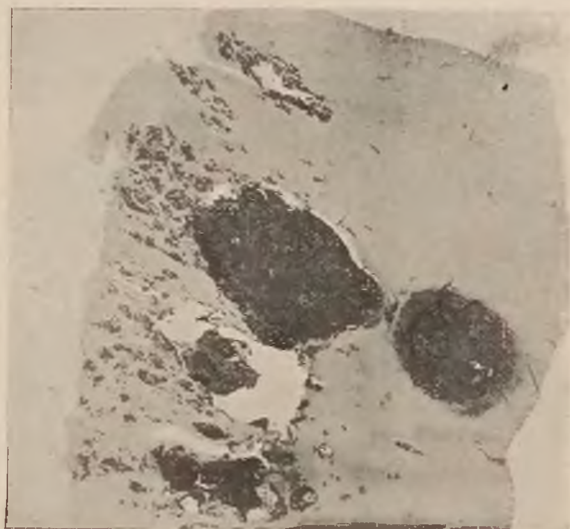
Ryc. 4.

licznej i częściowo sąsiednie partje obu kości ciemieniowych. Od tego włamania biegły trzy większe pęknięcia, jedno od krawędzi tylnej w kierunku południkowym po stronie prawej ku otworowi potylicznemu, drugie od naroża przedniego prawego, bardziej równoleżnikowo przez kość ciemieniową prawą, kończące się na łusce kości skroniowej, i trzecie najdłuższe od naroża przedniego lewego na kości ciemieniowej lewej, w kierunku południkowym. Zasługuje na uwagę okoliczność, że mimo tak rozległego włamania kości czaszki nie stwierdzono — gołem okiem — żadnych uszkodzeń mózgu w okolicy włamania.

Przypadek 4. A. W., lat 43, upadła ze schodów i w krótkim czasie po wypadku zakończyła życie. Sekcja zwłok (L. p. 306/33) wykazała: na powłokach czaszkowych po stronie wewnętrznej w okolicy potylicy rozległe podbiegnięcie krwawe, między oponami nad półkulami mózgowemi i na podstawie płasko rozlaną, częściowo skrzepłą krew. Na kości potylicznej po stronie prawej, w odległości 1 cm od grzebienia wykazano podłużnie przebiegające złamanie, rozgałęziające się na brzegu otworu potylicznego na dwa ramiona, z których jedno biegło w kierunku prawym i kończyło się pod piramidą, drugie wzdłuż lewego brzegu otworu potylicznego i przez przyśrodkową część piramidy lewej. Na tylnej i dolnej powierzchni móżdżku, odpowiednio do opisanego złamania kości potylicznej, stwierdzono linijne rozdarcie tkanki krwią podbiegnięte, 4 cm długie, 0.5 cm głębokie. Na płatach czołowych po stronie przedniej i dolnej zauważono liczne rozprószone ogniska stłuczenia rozleglejsze i głębsze na płacie lewym. Pojedyńcze mniejsze ogniska stłuczenia miały postać wydłużonego stożka, zwróconego podstawą (o średn. ± 0.5 cm) do powierzchni mózgu, a wierzchołkiem (o wysok. ± 1 cm) ku środkowi mózgu. Na przekroju (jak to uwidocznione na załączonej fotografji (Ryc. 5) skrawka drobnowidowego) można było gołem okiem zauważyć dość regularne, równolegle ułożone smugi podbiegnięć krwawych. Badanie drobnowidowe [1]) wykazało liczne drobne wylewy krwawe wśród kory mózgowej otoczone tkanką zdrową mniej lub więcej obrzękłą, gdzieniegdzie pomiędzy rozleglejszemi ogniskami wysepki tkanki mózgowej o komórkach słabo się barwiących.

[1]) Preparaty drobnowidowe sporządzono w Instytucie Anatomji Patologicznej U. J. K., za co jego Dyrektorowi Panu Prof. Nowickiemu składam podziękowanie.

Przypadek 5. A. S., lat 47, potrącony przez auto uderzył czołem o jezdnię; przewieziony do szpitala zmarł piątego dnia po wypadku. Sekcja zwłok (L. p. 262/33) wykazała: na czole po stronie prawej nad guzem czołowym skośnie biegnącą świeżą bliznę pooperacyjną 5 cm długą. Na powłokach czaszkowych po stronie wewnętrznej w okolicy blizny rozległy wylew krwawy. Na czaszce w miejscu guza czołowego pooperacyjny ubytek kości, wielkości dłoni małego dziecka. Od tego ubytku biegnie poprzecznie na lewo rozległe pęknięcie przez przedni dół czaszkowy. W okolicy kości sitowej stwierdzono liczne różnokierunkowe

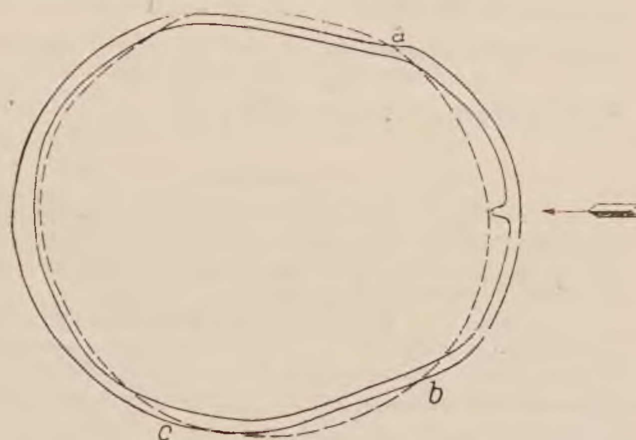


Ryc. 5.
Przekrój podłużny ogniska stłuczenia mózgu w przyp. 4 po stronie c. c. (powiększenie 10-krotne).

pęknięcia. Mózg wykazywał na płatach czołowych i skroniowych powierzchowne zmiażdżenia, w szczególności na płacie czołowym prawym, a na dolnej powierzchni móżdżku w części tylnej po stronie lewej okrągłe stłuczenie tkanki mózgowej o średnicy niespełna 2 cm; po nacięciu tego miejsca zauważono podbiegnięcie krwawe o granicach ostro zaznaczonych, sięgające 0.5 cm w głąb.

Zestawiając powyższe przypadki, muszę podnieść, że wiek denatów był różny, miejsce działania urazu w czterech pierwszych przypadkach mniejwięcej identyczne, mianowicie na przestrzeni pomiędzy guzami ciemieniowemi a guzem potylicznym, w piątym w okolicy guza czołowego, wkońcu mechanizm powstania urazu był w pierwszym, trzecim i czwartym przypadku taki sam t. j. upadek z wysokości na twarde podłoże, w drugim i piątym podobny, gdyż wprawdzie wysokość upadku była nieznaczna, jednakże siła potrącenia musiała być niewątpliwie wielka. We wszystkich tych przypadkach nastąpiło uderzenie głową ze znaczną siłą o twarde i płaskie podłoże, a więc uraz zadziałał na większej przestrzeni, powodując niewątpliwie wydatne ugięcie się blaszek kostnych, co w przypadku trzecim, wobec podeszłego wieku denata, utrwaliło się na zwłokach w postaci rozległego włamania kości czaszki, a w przypadku czwartym w postaci głębokiego rozdarcia móżdżku, w następstwie pęknięcia kośćca czaszki, w chwili znacznego ugięcia się kości potylicznej. We wszystkich przypadkach sekcjonowanych, ogniska stłuczenia c. c. mózgu były ściśle ograniczone tak, że gołem okiem dało się wyznaczyć niemal linijną granicę pomiędzy tkanką uszkodzoną a tkanką niewykazującą obrażeń, pozatem w przypadku czwartym i piątym sięgały stłuczenia około 0.5 cm w głąb mózgu. W przypadku drugim i piątym obrażenia c. c. ograniczały się do jednego miejsca o postaci kolistej, natomiast w przypadku pierwszym, trzecim i czwartym stwierdzono więcej ognisk stłuczenia. Rozprószenie ognisk stłuczenia po stronie c. c. zależy przedewszystkiem od nierówności powierzchni wewnętrznej blaszki kostnej w miejscu zadziałania urazu. W okolicy guza ciemieniowego (przyp. drugi) i guza czołowego (przyp. piąty), tworzy blaszka kostna po stronie wewnętrznej czaszki dość regularną płaszczyznę wklęsłą i dlatego — mojem zdaniem — w tych przypadkach obrażenia c. c. ograniczały się do jednego miejsca.

Czaszka w chwili urazu (Ryc. 6) skraca się w kierunku południkowym (osi), a rozszerza w równikowym, jeżeli więc np. uraz zadziała w okolicę czoła, wówczas oś długa czaszki ulega skróceniu, a rozszerzeniu oś poprzeczna. Zatem, gdy kościec czaszki wraca do dawnego położenia, rozszerza się w osi długiej, a więc niejako oddala od powierzchni mózgu, natomiast w kierunku równikowym kość się do mózgu zbliża. Gdybyśmy przyjęli, że obrażenia c. c. mózgu powstają wskutek gwałtownego uderzenia kości o powierzchnię mózgu po stronie przeciwnej urazu, mogłoby to zachodzić tylko w chwili skrócenia się osi długiej (H ä m ä l ä i n e n, S c h w a r z a c h e r), a więc w chwili zmiany kształtu czaszki bezpośrednio po urazie. Jednak przez takie uderzenie kości o mózg nie tłumaczą się dostatecznie spotykane przy sekcjach obrazy anatomiczne i drobnowidowe. Przy takim mechaniźmie np. w pierwszym przypadku, przytoczonym powyżej, wystąpiłoby stłuczenie przedewszystkiem na wypukłościach obu płatów czołowych, a już minimalne zmiany na podstawie tych płatów, ponieważ największemu przesunięciu uległaby łuska kości czołowej. Tymczasem w tym właśnie przy-



Ryc. 6.

padku przednia powierzchnia płatu czołowego prawego nie uległa wcale stłuczeniu. Stłuczenia te nadto nie mogłyby być tak ściśle ograniczone, lecz musiałyby, obok tkanki zmiażdżonej, występować ogniska wybroczynowe, natomiast w przypadkach sekcjonowanych można było gołem okiem przeprowadzić prawie linijną granicę pomiędzy tkanką zmiażdżoną, a niewykazującą uszkodzeń, przyczem w przypadku piątym obrażenie sięgało 0.5 cm w głąb, jakkolwiek na powierzchni mózgu stłuczenie obejmowało przestrzeń kolistą o średnicy niespełna 2 cm. Wkońcu ułożenie ognisk podbiegnięć krwawych w pewne skupienia, o dość regularnym przebiegu w postaci smug (Ryc. 5), mniejwięcej prostopadłych do powierzchni mózgu, obejmujących przestrzeń stożkową zwróconą podstawą do powierzchni mózgu, ostro odgraniczoną tkanką zdrową, przemawia za tem, że obrażenia te mogły powstać w następstwie działania fal podłużnych przebiegających w mózgu, a nie wskutek urazu kośćca czaszki po stronie c. c. M e s s e r e r, W a h l i inni przywiązują zbyt wielką wagę do stopnia spłaszczenia kośćca po stronie c. c. przy urazach czaszki. Gdybyśmy przyjęli, że czaszka jest kulą bardzo sprężystą, nawet w takim wypadku największemu ugięciu ulegałaby część dotknięta bezpośrednio urazem, stosunkowo mniejszemu wypukleniu okolica równika, a już nieznacznemu spłaszczeniu część kości po stronie c. c. Na przekroju czaszki — w chwili jej zniekształcenia — są możliwe cztery węzły (na ryc. 6. a, b, c, d), a blaszki kostne pomiędzy węzłami wykażą naprzemian doliny i grzbiety o różnych odchyleniach i to odchyleniach malejących im dalej od miejsca zadziałania urazu, ponieważ energja początkowa, niezasilana dodatkowemi podnieceniami, maleje w miarę pokonywania oporów bezwładnych tkanek i zależnie od kwadratu odległości od źródła zaburzeń.

Kościec czaszki odgrywa niewątpliwie wybitną rolę w ukształtowaniu się obrażeń mózgu. Czaszka, jako ciało stałe, zdolna jest przewodzić fale podłużne i poprzeczne i niewątpliwie oba rodzaje fal występują z różnem nasileniem stale przy urazach głowy. Fala podłużna powstaje na czaszce wydatniej wtedy, gdy narzędzie jest małych rozmiarów zatem cienkie lub ostre, a więc przedewszystkiem przy ranach kłutych i ranach rąbanych zadanych narzędziem o krawędzi ostrej; wówczas narzędzie wciska się w kość i niejako ją rozsadza. Od miejsca urazu udzielać się będą zgęszczenia postępujące w kości jakgdyby okrężnie w postaci fali podłużnej, która na mózg nie wywrze wybitniejszego nacisku. Gdy natomiast narzędzie jest bardziej tępe, wówczas kość w miejscu urazu, dzięki swej choć niezbyt wielkiej elastyczności, ulega wpukleniu i już bezpośrednio może wywołać ogniska stłu-

czenia na przylegającej powierzchni mózgu. Pozatem cząstki kostne, odchylone z położenia równowagi, drgać będą prostopadle do powierzchni czaszki, wytwarzając falę poprzeczną. Fala taka wstrząsa powierzchnię mózgu i następnie pobudza cały mózg do falowania. W ten sposób możemy sobie tłumaczyć szybkie występowanie przy tego rodzaju urazach utraty przytomności i to szybsze przy czaszce nieuszkodzonej, gdyż ciało jednolite faluje energiczniej niż popękane. Zgadza się to ze spostrzeżeniami poczynionemi na polu bitwy przez Stromayera, że rany zadane szablą ostrą, nawet takie, przy których płat kości czaszki został odłupany, nie wywoływały, przynajmniej natychmiastowej, utraty przytomności, ani nawet niezdolności do dalszej walki, natomiast rany zadane szablą tępą pociągały za sobą natychmiastowy upadek przeciwnika, z objawami silnego wstrząśnienia mózgu.

W następstwie fal poprzecznych, powstających w czaszce, cała jej blaszka wewnętrzna staje się dla powierzchni mózgu zbiorowiskiem źródeł fal. Powstanie więc szereg systemów fal, które w środkowych częściach mózgu się interferują. Cząstka mózgu odchylona z położenia równowagi w pewnym kierunku przez jeden z systemów fal może przy zgodnej fazie innego systemu doznać dalszego odchylenia. Amplituda rzeczywista będzie zatem wypadkową obu odchyleń, co bynajmniej nie jest obojętne dla delikatnych składników tkanki mózgowej. Tem można wytłumaczyć i fakt, że Goroncy, przy ciężkich wstrząśnieniach czaszki zauważył największe zmiany w środku mózgu, a więc tam, gdzie linje sił działających się przecinają.

Obrażenia c. c. mózgu mogą powstać zasadniczo tylko przy urazach zadanych w głowę narzędziem tępem, twardem, względnie w następstwie upadku z pewnej wysokości na twarde podłoże, przyczem siła działająca musi być znaczna. Obrażenia te zdarzają się rzadko, ponieważ czaszka jest mało elastyczna, a więc w warunkach zwyczajnych częściej następuje złamanie względnie pęknięcie blaszek kostnych, bez wydatnego ugięcia się kości, a takie wydatne ugięcie się blaszek kostnych jest koniecznym warunkiem do zaistnienia fali podłużnej w mózgu o znaczniejszej sile. Rozległe pęknięcia czaszki nie sprzyjają wytworzeniu się obrażeń c. c. mózgu. W warunkach zwyczajnych tak znaczne wygięcie blaszek kostnych może się zdarzyć w pewnych okolicznościach, przyczem oprócz wielkości siły i przestrzeni uderzonej, także miejsce zadziałania urazu jest rozstrzygające, a ponadto i kierunek ruchu głowy jako całości podczas urazu nie jest bez znaczenia. Uważam, że stosunkowo najprędzej powstanie obrażenie c. c. mózgu, gdy uraz godzi w okolicę guza potylicznego, guzów ciemieniowych lub czołowych, głowa zaś podczas urazu jest mniejwięcej unieruchomiona. Fale odbite od blaszki wewnętrznej kości, jakie niewątpliwie przy urazach tworzą się wewnątrz czaszki, odgrywają same przez się podrzędną rolę w obrażeniach c. c. mózgu. Fale odbite są przeważnie bardziej rozproszone, spowodu nierówności powierzchni wewnętrznej blaszki kostnej, pozatem — co najważniejsze — energja fali odbitej jest znacznie słabsza niż fali postępującej. Przy zderzeniu się z falami postępującemi mogą fale odbite wywołać w okolicy c. c., a także w dalszych partjach mózgu obrażenia pośrednie, wzmacniając, przy zgodnych fazach, energję fali postępującej.

Wreszcie należy przypuścić, że również w powstawaniu obrażeń c. c. samej czaszki, fala podłużna przebiegająca przez mózg odgrywa pewną rolę; przemawia zatem — mojem zdaniem — stwierdzane na sekcjach wklinowanie się opon mózgowych, pomiędzy pęknięte blaszki kostne w miejscu obrażenia c. c. czaszki, a nawet, jak w przypadku Friedberga, wklinowanie się całem światłem tętnicy podstawowej do poprzecznie pękniętego trzonu kości potylicznej. Nie sądzę, by wklinowanie to dało się wytłumaczyć, jak chcą niektórzy, wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego przy urazach czaszki, zwłaszcza że doświadczalnie — jak to wykazali Judek i Piedelievre w swych doświadczeniach na zwierzętach — nie stwierdza się wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego przy urazach czaszki. Również i przesuwanie się po urazach płynu mózgowo-rdzeniowego z komór bocznych do trzeciej, następnie do czwartej — jak sądzi Düret, Michel i Gussenbauer — jest nieprawdopodobne, ponieważ uraz działa zazwyczaj bardzo krótko, a opór bezwładności tkanek i cieczy jest zbyt wielki, by mogło nastąpić przeciskanie się płynu mózgowo-rdzeniowego w kierunku kanału rdzeniowego; takie przesuwanie się płynu możliwemby było zatem tylko w razie powolnego uciskania czaszki i zmniejszania jej pojemności. Tak więc przypadki wklinowania opon mózgowych w szczeliny kostne powstałe w miejscu c. c. dowodzą istnienia silnej fali podłużnej biegnącej przez mózg, która do powstania obrażenia c. c. samej czaszki może się przyczyniać.

* * *

W czasie, gdy pracę moją o mechaniźmie powstawania obrażeń pośrednich mózgu przygotowałem do druku i zgłosiłem ją jako referat na zjazd lekarzy w Poznaniu (wrzesień 1933 r.), ukazała się praca Hellenthala p. t.: *Ueber das Zustandekommen, Häufigkeit und die Lokalisation der Contrecoup-Verletzungen des Gross- und Kleinhirns. (Deutsche Zeit. f. d. Ges. Gerichtl. Med. B. 21.* H. 2/3. 1933), w której autor, omawiając to samo zagadnienie, dochodzi do zgodnych wniosków z mojemi. Przy tej sposobności muszę podkreślić, że teorję moją o mechaniźmie powstawania obrażeń pośrednich c. c. mózgu wypowiedziałem pokrótce jeszcze w r. 1932, w pracy p. t.: Niezwykły przypadek uszkodzenia czaszki kolcem od brony (Pol. Gaz. Lek. R. XI. Nr. 5. 1932).

Piśmiennictwo:

1) Adler: Viertjschr. f. ger. Med. 1899. — 2) Dżułyński: Pol. Gaz. Lek. R. XI. Nr. 5. 1932. — 3) Friedberg: Archiv f. pathol. Anat. u. Phys. u. f. klin. Med. Bd. 69. — 4) Genewein: Bruns Beitr. f. klin. Chirurgie. 1924. — 5) Goroncy: Zeitschr. f. Ger. Med. 1924. — 6) Hämäläinen: D. Zeitschr. f. ger. Med. 1929. — 7) Hellenthal: D. Zeitschr. f. d. Ges: Ger. Med. B. 21. H. 2/3. 1933. — 8) Hoffmann: Viertjschr. f. ger. Med. 1902. — 9) Hoffmann u. Haberda: Lehrb. d. ger. Med. 1927. — 10) Judek et Piedelievre: Ann. de méd. leg. 1925. — 11) Kolisko: Wiener Beitr. z. ger. Med. 1911. — 12) Krönlein: Hirnquetschungen. Bergman, Bruns u. Mikulicz: Hdb. d. prakt. Chirurgie. 1903. — 13) Meixner: D. Zeitschr. f. ger. Med. Bd. VI. — 14) Messerer: Friedreichsbl. f. ger. Med. 1880. — 15) Messerer: Experimentelle Untersuchungen über Schädelbrüche. 1884. — 16) Messerer: Friedreichsbl. f. ger. Med. 1885. — 17) Moritz: Viertljschr. f. ger. Med. 1892. — 18) Paltauf: Viertjschr. f. ger. Med. 1888. — 19) Ranzi: Die Chirurgie d. Gehirns u. seiner Häute. Kirschner-Nordmann: Die Chirurgie. Bd. III. 1930. — 20) Schlesinger: Viertjschr. f. ger. Med. 1900. — 21) Schroen: Historisches u. Theoretisches zu d. Lehre von d. Schädelbrüchen speciel d. sog. Gegenbrüchen. 1902. — 22) Schwarzacher: Jb. f. Psychiatrie. 1924. — 23) Strassmann: Lehrb. d. ger. Med. 1931. — 24) Strassmann: Zeitschr. f. ger. Med. 1931. — 25) Tillmann: Verletzungen d. Schädels. Wulstein u. Wilm: Lehrb. d. Chirurgie. Bd. I. 1918. — 26) Wachholz: Medycyna sądowa. Wyd. IV. 1933. — 27) Weimann: Zeitschr. f. ger. Med. 1931. — 28) Witkowski: Zasady fizyki. — 29) Vierord: Anatom. Physiolog. u. Physikalische Daten u. Tabellen. — 30) Zaaijer: Viertjschr. f. ger. Med. 1893.

Doc. Dr. Stanisław PROGULSKI. Lwów

Mało znany objaw nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u niemowląt.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Groër.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane ziarenkowcem nagm. zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych *(micrococcus intracellularis)* jest schorzeniem najczęściej występującem u niemowląt. Można się o tem przekonać nietylko w czasie każdorazowych epidemij, ale i poza nagminnem występowaniem tej choroby, t. j. w przypadkach sporadycznych, które w małej tylko liczbie dotyczą dzieci starszych lub osób dorosłych.

Obraz kliniczny tego schorzenia zazwyczaj typowy i łatwy do rozpoznania, skąd popularna nazwa „tężca karku", pozbawiony jest często u niemowląt objawów klasycznych. Znamienną jest tu przedewszystkiem różnorodność objawów chorobowych. Albowiem, oprócz przypadków przebiegających ostro i gwałtownie, zdarzają się inne, zaczynające się wprawdzie nagle lecz odrazu przyjmujące charakter przewlekły. Z łatwością przychodzi do najrozmaitszych powikłań, zależnie od wytwarzającego się wodogłowia zapalnego, bądź posocznicowych przerzutów, porażeń i t. p. Należy też przypomnieć, że choroba ta u niemowląt może się rozpocząć zwyczajnem zapaleniem gardła, któremu towarzyszy podwyższenie ciepłoty i częste wymioty; w innych przypadkach wysuwają się na pierwszy plan objawy nieżytu oskrzeli lub tchawicy wyrażające się kaszlem, a w dalszym przebiegu obraz ten nasila się aż do wystąpienia fizykalnych objawów ogniskowego zapalenia płuc. Innym razem najbardziej rzucającym się objawem, to wymioty i rozwolnienia w postaci wodnisto-zielonych i z dynamiką oddawanych stolców. Ponieważ tym zaburzeniom ze strony przewodu pokarmowego towarzyszy zazwyczaj wysoka gorączka,

przeto podejrzenie ostrego nieżytu kiszek staje się prawdopodobnem, tem więcej, że w tym wieku te schorzenia należą do najczęstszych.

Rozmaitość powyższych objawów z jednej strony a przeciwnie brak typowych, do jakich zaliczyć należy przedewszystkiem sztywność karku, lub wypuklenie ciemienia, utrudnia w wysokim stopniu prawdziwe i przedewszystkiem rychłe rozpoznanie.

Brak zasadniczych objawów mózgowych tłumaczyć należy tą okolicznością, że u chorych niemowląt nie dość rychło przychodzi do wytworzenia się zapalnego wodogłowia w komorach, a cały proces zmian anatomicznych odbywa się najsilniej w przestworze podpajęczynówkowym i to na podstawie mózgu. Komory mogą nawet nie doznać zbytniego rozszerzenia. Toteż brak sztywności karku, bądź wysadzonego ciemienia, nie jest bynajmniej rzadkością w semjotyce tego cierpienia u najmłodszych dzieci [1]).

Jedyny objaw, jaki stale towarzyszy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, to wysoka drażliwość i przeczulica chorych dzieci. Każde dotknięcie ich, czy wzięcie na ręce wywołuje z ich strony płacz i sprzeciw. Jakkolwiek w całokształcie obrazu klinicznego wspomniane powyżej objawy mają dominujące znaczenie, to jednak zjawiać się mogą nietylko w nagminnem zapaleniu opon, lecz w wielu ciężkich schorzeniach niemowląt, gdzie podobnie jak i tu utrzymaną jest przytomność. Różniczkując więc rozmaite schorzenia u niemowląt przebiegające z gorączką jako to: zapalenie płuc, wszystkie nietoksyczne stany pochodzenia grypowego, zajęcie ucha środkowego lub tak nagle a gwałtownie rozpoczynające się zapalenie ropne dróg moczowych i wiele, wiele innych — wszędzie spotykamy się z chorobowo zwiększoną pobudliwością.

Charakterystyczną drażliwość u niemowląt można tłumaczyć rozmaicie. W przypadkach pochodzenia zakaźnego wywołaną jest ona zapewne działaniem jadów, wytwarzanych przez drobnoustroje. Klasycznym tego przykładem jest np. odra i grypa, t. j. schorzenia, które w wysokim stopniu zmieniają samopoczucie chorych dzieci. Drażliwość i płaczliwość w tych chorobach jest wprost patognomiczną (Groer). Zmiana stanu psychicznego chorych może też być następstwem cięższych uszkodzeń anatomicznych środkowego układu nerwowego. W nagminnem zapaleniu opon powodem jej mogą być sprawy zapalne tak silnie unerwionej tkanki samych opon, jakoteż zmiany w ciśnieniu płynu mózgowego i gromadzenie się jego w komorach. Rezultatem ich są silne bóle głowy, znane z wywiadów u dzieci starszych. Każdy zaś ból u niemowlęcia, a tem bardziej ból głowy wywołuje u niego zmianę usposobienia, wyrażającą się płaczliwością i bardzo poważnym nastrojem.

Pierwszem, co w chwili zachorowania dziecka znika z pogodnej dotychczas jego twarzy, jest u ś m i e c h. Tę nagłą zmianę w zachowaniu się niemowlęcia dostrzega każda matka już bardzo wcześnie, nieraz zanim wystąpią jakiekolwiek objawy chorobowe. Brak zwyczajnej wesołości i uśmiechu, do których zdrowe niemowlę jest tak skore, stanowi ważny objaw, na który i z lekarskiej strony należy zwrócić większą uwagę. Powrót uśmiechu na twarzy dziecka chorego dowodzi, że toczaca się sprawa nie przybiera groźniejszego charakteru, a nawet się poprawia, chociażby chwilowo. I tak też zazwyczaj się dzieje w przebiegu wielu chorób niemowlęcych w chwilach spadku ciepłoty, lub zwolnienia objawów. Tymczasem w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, uśmiech niemowlęcia zamiera na długo. Trwały brak jego w początkowym okresie jest znamienny. Tam więc, gdzie brak jeszcze objawów nerwowych, a poza oznakami ogólnego znaczenia jak np. gorączką czy zmianą usposobienia, niczego stwierdzić nie można, tam brak uśmiechu na twarzy dziecka i to w ciągu dłuższego czasu, nasuwa podejrzenie poważniejszej sprawy rozgrywającej się w centralnym układzie nerwowym.

Jeszcze cenniejszem dla różnicowania sprawy chorobowej jest stwierdzenie uśmiechu zjawiającego się od czasu do czasu na twarzy niemowlęcia. Obecność jego i to w pierwszych dniach choroby wyklucza nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Istnienie i zachowanie się tego objawu zauważyliśmy już dawno, a obecnie potwierdzić go możemy po dwudziestu latach obserwacji tej wcale nierzadkiej i tak rozmaicie przebiegającej u niemowląt choroby.

Dla przykładu przytaczamy dwie historje charakterystycznych przypadków:

Przyp. I. Niemowlę siedem mies. ż., karmione piersią i dożywiane. Zachorowało nagle, temp. 38.7°, wymioty i biegunka. Drażliwość wzmożona. Sztywności karku brak. Ciemię niewypuklone. W wywiadach (dziecko lekarza) od pięciu dni nie uśmiechnęło się ani razu. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn wodo-mleczny. W osadzie c. ropne, skąpo ziarenkowce nagm. zap. opon mózgowych.

Przyp. II. Dziewczynka mies. dziewięć. Zachorowała wśród objawów wielkiej drażliwości. Wedle podania matki płacząc drapała się po twarzy, lecz w kilka godzin później uspokoiła się, zaczęła się bawić i uśmiechać. Po kilku dniach pogorszenie, zez, częste wymioty.

Przyjęta do obserwacji w Klinice Pedjatrycznej. Stan odżywienia prawidłowy, blada. Wg. 7960 g, ciemię lekko wypuklone, sztywności karku brak. Ruchy rąk i nóg automatyczne. Nakłucie lędźw. płyn wodo-jasny, zawiera ciałek 120, wzór limfocytarny, białka 0.25%. Skrzepik pajęczynowaty. Prątków nie znaleziono. Pożywka jałowa. Odczyn Pirq. po 48 godzinach wyraźnie dodatni. W prześwietl. rentg. w klatce piersiowej wyraźny cień gruczołu w wnęce prawej. Kliniczny obraz przebiegu przemawiał zrazu za zapaleniem nagminnem. Zaznaczone w wywiadach zwolnienie objawów chorobowych, jako to chęć do zabawy i uśmiech, wykluczyło to przypuszczenie, zanim nakłucie i dalszy przebieg ustaliły rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon.

Streszczenie. Jest charakterystycznem że, u niemowlęcia chorego na nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzen. nie zjawia się w początkach choroby uśmiech na jego twarzy. Występywanie zaś tego objawu wyklucza nagminne zapalenie opon.

[1]) Dr. Stanisław P r o g u l s k i: W sprawie rozpoznawania nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Lwów. Tygodnik Lek. 1907. Nr. 6.

DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Dr. B. SONNENSCHEIN-ŚWIATŁOWSKI. Lwów.

Przyczynek statystyczny do sanatoryjnej gruźlicy płuc i krtani.

Z Lecznicy Tow. Walki z Gruźlicą w Hołosku W. koło Lwowa. Kierownik i Prymarjusz: Dr. L. W ę g r z y n o w s k i.

Od września 1930 r. do końca grudnia 1932 r. zbadałem laryngologicznie 361 chorych.

Tablica I.

Rodzaj choroby	Ilość
tuberculosis pulm.	306
emphysema pulm.	1
bronchitis diffusa	10
bronchiectasiae	1
asthma bronchiale	2
pneumonia abscedens	1
lymphogranulomatosis	2
neoplasma pulmonum	2
pleuritis	2
lymphadenitis peribronch.	8
endocarditis chron.	2
myocarditis chron.	1
lymphomata colli	2
arthritis deformans	2
arthritis tbc.	2
obstipatio habitualis	1
trichocephalus dispar	1
anaemia secundaria	3
neurosis	1
lues latens	1
tonsillitis chron.	1
status subfebrilis	1
bez zmian	8

Do niniejszej rozprawy pragnę wziąć pod uwagę tylko przypadki, dotyczące gruźlicy płuc, których ilość prątkujących wynosi 228, nieprątkujących 133.

Z powyższego przypada gruźlica płuc najczęściej między 21—25 rokiem życia (w 25,81%) wzgl. między 15—35 r. życia (w 71%).

Prątkujących przypada najwięcej m. 21—25 r. życia wzgl. 15—35 r. życia. W stosunku chorych do płci nie zachodzi widoczna różnica.

Spośród prątkujących przypada na płeć męską 125 chorych (40,85%), na płeć żeńską 103 chorych (33,66%), z nieprątkujących było płci męskiej 34 (11,1%), płci żeńskiej 44 (14,39%).

Tablica II.

Wiek chorych	5—10	11—15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	55—60	
Ilość chorych	1	6	50	79	54	53	30	10	14	8	1	
Prątki Kocha	+ 0	+ 4	+ 36	+ 64	+ 41	+ 38	+ 20	+ 7	+ 10	+ 7	+ 1	
	— 1	— 2	— 14	— 15	— 13	— 15	— 10	— 3	— 4	— 1	— 0	
Płeć	m. 1	m. 3	m. 21	m. 40	m. 26	m. 26	m. 21	m. 5	m. 8	m. 7	m. 1	= 159 m.
	ż. 0	ż. 3	ż. 29	ż. 39	ż. 28	ż. 27	ż. 9	ż. 5	ż. 6	ż. 1	ż. 0	= 147 ż.

Tablica III.

Wyznanie:	rz.-k.	gr.-k.	mojż.	ewang.	prawosł.
Prątki	+ 135	+ 45	+ 35	+ 3	+ 12
Kocha	— 50	— 13	— 9	— 1	— 3

Z tablicy III. wynika stosunek prątkujących do nieprątkujących ten sam.

W zestawieniu zawodów zaznacza się częstość gruźlicy płuc u pracowników umysłowych (urzędników, nauczycieli, uczni) oraz pracowników fizycznych wiejskich (rolników).

Wspomnieć jeszcze należy o pomocy lekarskiej społecznej, z której chorzy korzystali. Przedstawia to tablica IV.

Tablica IV.

Pomoc społeczna	Prątki Kocha +	Prątki Kocha —
Kasa chorych	103	40
P. P. dla prac.	25	23

Reszta chorych w liczbie 115 leczyła się kosztem własnym (101 prątkujących, 14 nieprątkujących).

Gruźlica krtani u chorych, przeze mnie obserwowanych, występowała w 59 przypadkach (19,24%) z wybitnemi zmianami makroskopowemi. Pozatem u 12 prątkujących stwierdziłem przewlekły nieżyt krtani, który według Findera należy uważać za stan przedstępny do rozwoju swoistych zmian anatomicznych. Frankel, Progebiński, Machiafava-Masucci podają częstość gruźlicy krtani w 20% gruźlicy płuc. Gdybyśmy w naszych przypadkach przyjęli także przewlekły nieżyt krtani za swoisty, to odsetek gruźlicy krtani wynosiłby 23.2.

Co do wieku, to występuje gruźlica krtani w naszych przypadkach między 25—30 rokiem życia wzgl. 20—40 r. życia.

Tablica V.

Wiek chor.	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60
ilość chorych	6	16	17	10	8	—	2	1	—

Według Steinera i Levriesa przypada gruźlica krtani najczęściej między 30—40 rokiem życia. Levries, Blumenfeld, Imhofer podają częstość występowania gruźlicy krtani u płci w stosunku 3 (płeć męska) do 1 (płeć żeńska). W naszych przypadkach nie było różnicy. Na 59 przypadków było płci męskiej 29, płci żeńskiej 30, natomiast przewlekły nieżyt krtani przypadał przeważająco na mężczyzn (10).

W skreśleniu powyższych zapodań poczuwam się do obowiązku zaznaczenia w tem miejscu mej wdzięczności dla JWP. Dra L. Węgrzynowskiego, kierownika i prymarjusza Lecznicy Tow Walki z Gruźl. w Hołosku za udzielenie wglądu do historyj chorób oraz Szan. Kolegom Krasowskiej, Karczyńskiemu i Pieniążkowi za skrzętne i dokładne notatki.

Dr. B. SONNENSCHEIN-ŚWIATŁOWSKI. Lwów.
Dr. J. PIENIĄŻEK.

O stosunku patogenicznym migdałków do gruźlicy krtani.

Z Lecznicy Tow. Walki z Gruźlicą w Hołosku W. koło Lwowa. Kierownik i Prymarjusz: Dr. L. Węgrzynowski.

U chorych pobieraliśmy krew do badania ilościowego i jakościowego ciałek białych oraz opadania krwinek przed i po badaniu migdałków, które uciskaliśmy celem wywołania odczynu Müllera.

Dotychczasowe obserwacje nasze wykazały następujące wyniki:

I. Grupa. (gołem okiem prawidłowe migdałki).

1) w gruźlicy płuc o postaci lekkiej występuje nieznaczne zaostrzenie ognisk w płucach, podwyższenie ciepłoty, we krwi wzrost limfocytozy i skrócenie czasu opadania krwinek;

2) w gruźlicy płuc o postaci średnio-ciężkiej występuje wybitne zaostrzenie ognisk w postaci zwiększonych objawów przedmiotowych w płucach, podniesienie ciepłoty, wzrost limfocytozy i skrócenie czasu opadania krwinek;

3) w gruźlicy płuc o postaci ciężkiej wyniszczającej występuje brak odczynu ogniskowego w płucach; obraz krwi, jak wyżej.

II. Grupa. (przewlekły stan zapalny migdałków z czopami ropnemi).

We wszystkich postaciach gruźlicy płuc występuje we krwi skrócenie czasu opadania krwinek i wzrost leukocytozy na korzyść obojętnochłonnych. Zmiany w płucach nie występują.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Józef IMICH. Łódź.

O przewlekłej posocznicy pochodzenia migdałkowego[1]).

Z oddziału laryngologicznego szpitala Im. Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Profesora Ignacego Mościckiego w Łodzi.

Związek pomiędzy ogólnem zakażeniem organizmu a schorzeniem migdałków oddawna już interesuje świat lekarski. Już w r. 1891 Czajkowski zwrócił uwagę, że gościec stawowy, zapalenie wsierdzia i nerek mają czasami punkt wyjścia w pierwotnem samoistnem schorzeniu migdałków. W r. 1911 na I. zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi Batawia zaznaczył, że schorzenie migdałków może być powodem przewlekłych stanów gorączkowych, w r. 1914 na II. zjeździe w Lublinie temat główny głosił: „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem".

Różnorodność zapatrywań poszczególnych badaczy w sprawie fizjologji i patologji migdałków nie pozwoliła lekarzom zająć zdecydowanego stanowiska. Częste wypowiadania się w ostatnich czasach laryngologów i patologów w sprawie migdałków i ich znaczeniu przy ogólnych cierpieniach ustroju, przyczyniły się w znacznej mierze do wyświetlenia tej tak bardzo zawikłanej dziedziny.

Niebywale obszerna — że się tak wyrażę „literatura migdałkowa" wyjaśniła w znacznym stopniu związek, jaki zachodzi między zapaleniem migdałków a ogólnemi zakażeniami, a dokładne opisy makro- i mikroskopowych danych i szczegółowe kliniczne i sekcyjne opracowanie przypadków dały decydujące wytyczne co do patogenezy i leczenia tej zawikłanej choroby.

Jak przedstawia się posocznica w świetle zapatrywań Schottmüllera:

Jeżeli pojęcie zakażenia oznacza, że w jakiemkolwiek miejscu w ustroju bakterje znalazły sobie wejście, i wywołując przedmiotowe i podmiotowe objawy chorobowe, rozmnażają się w tem miejscu, to należałoby pod posocznicą rozumieć przeniknięcie i usadowienie się patologicznych drobnoustrojów we wszystkich narządach. Powyższe przypuszczenie byłoby możliwe tylko wtedy, kiedy drobnoustroje miałyby możność rozmnażania się we krwi.

Jest dowiedzionem, że drobnoustroje niezmiernie często dostają się do krwiobiegu, lecz w większości tych przypadków o posocznicy na szczęście mowy być nie może. Niema przecież prawie żadnego zakażenia (czyrak, zastrzał), z którego drobnoustroje nie mogłyby się przypadkowo dostać do krwiobiegu.

To częste zjawisko — pojawienie się drobnoustrojów we krwi — nazywa Schottmüller — bakteremją. Jest to tylko objawem, gdyż drobnoustroje przejściowo dostają się do krwi; we krwi zostają one natychmiast zniszczone. Podług Schottmüllera i Bingolda 500 miljardów drobnoustrojów może być we krwi w przeciągu 15 minut zniszczonych.

Wielu autorów jak Lenhartz, Wassermann, Kolle, Lexer, Veit, Bumm i inni uważają za przyczynę posocznicy rozmnażanie się drobnoustrojów w krążącej krwi, szczególnie w naczyniach włoskowatych, jednak Schottmüller na zasa-

---

[1]) Odczyt, wygłoszony w Łódzkiem Tow. Lek., w r. 1932.

dzie swego długoletniego doświadczenia kategorycznie neguje tę możliwość.

Jeżeli więc o zakażeniu krwi w powyższem znaczeniu u ludzi mowy być nie może, lecz tylko o przejściowem przedostawaniu się bakteryj do krwi t. j. o bakteremji, nasuwa się pytanie, co należy uważać za podstawę zakażenia ogólnego?

Jest wiadomą rzeczą, że przy schorzeniach posoczniczych, drobnoustroje stale lub z przerwami krążą we krwi i to w znacznej ilości. Nie rozmnażanie się więc, a stałe lub z przerwami przedostawanie się ich do krwi jest miarodajne dla posocznicy, mówi Schottmüller. Skąd jednak biorą się bakterje, które tak regularnie dostają się do krwi? Pochodzić one muszą z jakiegoś źródła lub ogniska zakaźnego, które komunikuje się bezpośrednio z naczyniami krwionośnemi.

Najczęściej są ropnie spowodu swego anatomicznego położenia lub też swoich urządzeń ochronnych (leukocyty, wał granulacyjny) odseparowane od ogólnego krążenia. Z następujących jednak powodów tama ta zostaje przerwana:

Po pierwsze przy złośliwych zakażeniach, w których stosunek zjadliwości drobnoustrojów wobec człowieka jest szczególnie niekorzystny, naprzykład — przy rozszerzającej się ropowicy paciorkowcowej.

Po drugie, gdy zakażenie posuwa się wzdłuż większych naczyń krwionośnych lub chłonnych.

Po trzecie — przy niekorzystnym stosunku w ciśnieniu w niektórych narządach (pęcherzyk żółciowy, nerki, macica, migdałki).

Na zasadzie doświadczenia najczęściej spotyka się ognisko posocznicowe w postaci zapalenia śródbłonkowego lub połączonego z zakrzepem, w rozpowszechnionem zapaleniu naczyń chłonnych lub też w nagromadzeniu się bakteryj w naczyniach tętniczych. Do tego należą przedewszystkiem rozmnażanie się drobnoustrojów w zastawkach sercowych *(endocarditis)*; — następnie mogą przypadkowo spowodu specjalnych, często mechanicznych warunków (zaczopowanie) pewne zakażenia pęcherzyka żółciowego, macicy, nerek, stawów, migdałków i innych organów przeistoczyć się w ogniska septyczne.

Obraz chorobowy posocznicy składa się z objawów, które czasami bywają wywołane przez proces zapalny u wrót wejścia, zawsze zaś przez ognisko septyczne, przez ciągle powtarzającą się bakteremję z jej objawami i wreszcie przez przerzuty.

Toteż septyczne ognisko i napływ bakteryj są koniecznym warunkiem, podczas gdy reakcja u wrót wejścia nie była konieczna lub też mogła już wygasnąć, a do przerzutów zaś mogło wcale nie dojść. Objawy wszystkich powyższych czterech fizjologicznych procesów razem, kilku, lub nawet pojedyńczego, mogą dać charakterystyczny obraz posocznicy.

Przy karbunkule występują na pierwszy plan objawy ze strony wrót wejścia; w niektórych przypadkach zapalenia wsierdzia w obrazie klinicznym na pierwszem miejscu stoi ognisko septyczne; w trzeciej grupie przypadków obraz chorobowy opanowują częste dreszcze z wysokiemi przerywanemi ciepłotami, w ostatniej wreszcie — tak imponujący obraz chorobowy ropnego zapalenia opon, który — jako przerzut — czasem nawet wywołany nieznacznem ogniskiem, sam tylko objawia się klinicznie.

Schottmüller podkreśla, że dla posocznicy jest miarodajne tylko przedostawanie się bakteryj do krwiobiegu, a nie jak przypuszczają autorzy jak Jochman, Lexer i Leschke, ze wystarczy czasem wchłanianie toksyn przez krew z pierwotnego ogniska — i dochodzi do następującego określenia pojęcia posocznicy.

„Mamy do czynienia z posocznicą wtedy, kiedy wewnątrz ustroju utworzyło się ognisko, z którego stale lub z przerwami przedostają się drobnoustroje chorobotwórcze do krwiobiegu, wywołując podmiotowe i przedmiotowe objawy chorobowe".

Jeżeli bakterje dostają się do krwi, występuje gorączka, jeżeli ilość ich jest bardzo znaczna, organizm reaguje wysoką ciepłotą i dreszczami. Z chwilą ustąpienia napływu drobnoustrojów ustępuje i ciepłota.

Stwierdzenie bakterjologiczne bakteryj we krwi jest niezmiernie trudne, szczególnie podczas dreszczy udaje się to bardzo rzadko a objaśnia się to tem, że dreszcze występują dopiero po 1—2 godz. po napływie bakteryj do krwi, a wtedy większa ich część już została unieruchomiona w narządach, a ich endotoksyny zwolnione.

Przedostanie się bakteryj do krwi nie może być w każdym wypadku uważane jako stan beznadziejny, należy tylko przeszkodzić ciągłemu powtarzaniu się tych inwazyj z ogniska. Zlikwidowanie pierwotnego ogniska może dać jeszcze dobre wyniki nawet wtedy, gdy na agarze już wyrosły wielkie kolonje.

Ostatnie spostrzeżenie dało dopiero bodziec do skutecznego zwalczania posocznicy, szczególniej, że wszelkie lecznicze środki zupełnie zawiodły.

Migdałek, zbiór tkanek limfatycznych w śluzówce gardzieli, jest ograniczony po bokach od płatów tej śluzówki t. j. od otoczki migdałka mięśniem zwieraczem gardła *(constrictor pharyngis)* i powięzią gardłową *(fascia pharyngea)*, ta ostatnia jest w tej okolicy bardzo silnie rozwinięta. Dzieli ona muskulaturę gardzieli od luźnej tkanki łącznej zwanej *spatium parapharyngeum*, która jest wypełniona przez tkankę łączną, tłuszcz i bardzo ważne naczynia i nerwy. W tylnej części przechodzą tętnica szyjna i żyła jarzmowa, nerwy IX. do XII. i błędny. Przednia część składa się z tkanki łącznej, tłuszczu i niezwykle rozległej sieci żylnej i gruczołów chłonnych.

Drogi chłonne migdałków idą z boku od tych ostatnich, przechodzą tkankę peritonsilarną, *m. constrictor pharyngis sup.* i *fascia pharyngea* i ciągną do głównego gruczołu *lymphogland. cervicalis prof.* Najważniejszemi gruczołami są *gl. parotis, gl. cervicales int. et profundae.*

Stosunek migdałków do układu żylnego jest następujący: *Vv. tonsillares ant. et post.* łączą się z *v. pharyngea ascendens*, a ta z *v. facialis post. V. facialis post.* i *ant.* tworzą *v. facialis communis*, która łączy się z *v. jugularis.*

W klinice schorzeń jamy ustnej niezwykle wielkie znaczenie przypada chorobom zakaźnym. Śluzówka gardzieli, a przedewszystkiem migdałków należy do najczęstszych wrót wejścia różnych zakażeń.

W 1928 r. na międzynarodowym Kongresie oto-laryngologicznym w Kopenhadze Uffenorde i Ferreri bardzo szeroko omawiali posocznicę poanginową przebiegającą po większej części burzliwie. Tylko bardzo energiczne i radykalne wkroczenie chirurga (szerokie otwarcie, podwiązanie i resekcja *jugularis, collar-mediastinotomia)* (H. Claus) może uratować chorego od niechybnej śmierci.

Że posocznica ta jest pochodzenia migdałkowego, dowiedziono niezbicie na wielu przypadkach operowanych lub sekcjonowanych i zbadanych mikroskopowo. Tę posocznicę najlepiej nazwać *sepsis acutissima.*

Wybucha ona nierzadko kilka tygodni po przebytej anginie i charakteryzuje ją obrzęk gruczołów żuchwowych.

Opisane są również tego rodzaju posocznice w następstwie tonsilektomji (Claus, Goerke). Za przyczynę należy uważać wtłoczenie drobnoustrojów podczas operacji z migdałków do krwi lub chłonki. Dlatego nie należy wyluszczać migdałków tuż po przebytej anginie, a dopiero po przerwie 5 do 6 tygodni.

Następnym stopniem jest poanginowa *sepsis acuta*, tak dobrze wszystkim lekarzom znana. Objawia się ona w całym szeregu ostrych schorzeń, jak zapalenie stawów, nerek, wsierdzia, nerwów i innych narządów.

Przejdę obecnie do posocznicy przewlekłej pochodzenia migdałkowego.

Przedewszystkiem nasuwają się tu dwa pytania, a mianowicie: 1) czy istnieje jednostka chorobowa, przyjęta pod nazwą: „*tonsillitis chron.*"? i 2) czy *tonsillitis chronica* może być uważana za ognisko wyjściowe posocznicy?

ad 1) M. Schmidt pierwszy zwrócił uwagę, że migdałki, które tak często podlegają ostremu zakażeniu, mogą być siedliskiem utajonego przewlekłego ogniska zakaźnego, motywując swój pogląd tem, że niektóre osobniki, w migdałkach których stwierdził czopy, co pewien okres czasu zapadają na anginę.

Badania bakterjologiczne (Winkler i Pässler) dowiodły zgodnie, że w głębi miąższu migdałków, które są skłonne do nawrotów anginy, stale znajdują się zarazki, które do tego samego rodzaju należą co i bakterje przy ostrych anginach. Stan taki stwierdza się i w migdałkach ludzi, którzy przeszli klinicznie anginę przed bardzo dawnym czasem.

Znajdują się w takich migdałkach przeważnie paciorkowce różnych typów, paciorkowce owalne (pneumokoki), gronkowce, czasem maczugowce Löfflera, pał. influency, wrzecionowce *(Fusobacterium)* i inne.

Ponieważ wszystkie te drobnoustroje znajdujemy jako saprofity w jamie ustnej, należy wyjaśnić, czy stwierdziwszy je w usuniętych migdałkach można je uważać za objaw patologiczny, czy też są to tylko nagromadzone w mieszkach migdałkowych niepatologiczne (saprofityczne) bakterje z jamy ustnej? Winkler dowiódł, że istnienie ich w migdałkach nie jest zjawiskiem koniecznem, gdyż wiele usuniętych migdałków, w których klinicznie recydywujących angin nie stwierdzono, drobnoustrojów nie wykazały. Dowiedziono również bakterjologicznie (Schneider), że saprofityczna flora jamy ustnej i flora chorych migdałków nie jest identyczna.

Wreszcie Dietrich na zasadzie swoich anatomo-patologicznych i histologicznych badań migdałków z recydywującą anginą niezbicie stwierdził, że mamy tu do czynienia ze stałem zakażeniem a nie z saprofitami. Autor ten znalazł w migdałkach

skłonnych do angin stale te same anatomiczne zmiany, jakie znajdują się podczas lub też po anginie, nawet w wypadkach, kiedy ostatnia angina przebiegała bardzo dawno. I dlatego D. uważa, że przy migdałkach skłonnych do angin można anatomicznie z pełnem prawem mówić o *„tonsilitis chronica"*.

Większość autorów przypuszcza, że bakterje dostają się wprost do migdałków względnie do lakun migdałkowych nawet przy zupełnie nienaruszonej śluzówce.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że w lakunach bakterje się usadawiają i rozmnażają i przez swoje toksyny wywołują podrażnienie, które prowadzi do wysięku, że dalej przez utrudnienie odpływu i zwiększenie przez wysięk ciśnienia wewnętrznego w lakunie, dostać się one mogą do migdałka.

Nie ma dla nas znaczenia, czy w ten sposób powstaje *tonsillitis chronica* czy też jak przypuszcza Kissling, drobnoustroje dostają się do migdałka przez mikroskopowe blizenki w śluzówce powstałe na skutek zranienia względnie poparzenia śluzówki przez twarde lub gorące cząsteczki jedzenia.

Jak przedstawia się obraz kliniczny przewlekłego zapalenia migdałków:

Po przebytej anginie migdałki tylko w wyjątkowych wypadkach wracają do stanu normalnego.

Zazwyczaj pozostaje w nich ognisko, które, jak to bakterjologicznie i histopatologicznie stwierdzono, może być w stanie nieczynnym, może jednak dawać obostrzenia. Przewlekłe zapalenie migdałków poprzedzane bywa przez anginę, chociażby przebrzmiałą przed bardzo dawnym czasem.

Chore migdałki są zazwyczaj przekrwione, rozpulchnione, poorane, często obrzękłe.

Przy ucisku lub masowaniu przedniego łuku z migdałka wydobywa się treść płynna, ropna lub grudki składające się z zmartwiałej i złuszczonej tkanki migdałkowej, limfocytów i często drobnoustrojów — zwane pospolicie czopami.

Powiększone migdałki u dorosłych świadczą o ich schorzeniu, tylko u dzieci może być mowa o zwykłym przeroście. Często przy pierwszem wejrzeniu migdałki wydają się małe, czasem są nawet niewidoczne, jednak przy dokładnem badaniu, odsunąwszy łuk, nierzadko znajdujemy duże migdałki głęboko osadzone i skryte poza łukiem.

Lecz i małe migdałki bywają często chore. Nigdy nie należy się zadowolnić zapewnieniem chorego, że migdałki ma wyłuszczone gdyż pacjenci nie odróżniają tonsilotomji od tonsilektomji i często stwierdza się u takich pacjentów resztki migdałków, pozostałe po tonsilotomji.

Subjektywnie objawia się to przewlekłe zapalenie migdałków częstemi bólami gardła; chorzy skarżą się na bardzo silne choć krótkotrwające i strzykające bóle pod kątami żuchwy. Charakterystyczne są też okresowo następujące obrzęki i nieznaczna bolesność gruczołów podszczękowych.

Pacjenci są przygnębieni spowodu stanu podgorączkowego, złego samopoczucia i częstych dreszczyków. Często bywają bóle mięśni, stawów, neuralgje i wiele innych dolegliwości. Lecz nietylko angina zostawia po sobie ślady w postaci przewlekłego zapalenia migdałków, spostrzega się to coraz częściej i po grypie. Jest rzeczą wiadomą, że jednym z objawów grypy są bóle i zaczerwienienie gardzieli. Spotykamy też często podczas grypy nietylko anginę nieżytową, lecz wszystkie inne postacie angin — do ropnej włącznie. Jest to angina grypowa, t. j. ściśle z grypą związana, występująca nierzadko przed samą grypą i nie należy jej uważać jako powikłanie grypy. Pierwszy zwrócił na to uwagę Dietrich, który uważa grypę za najczęstszą przyczynę zapalenia migdałków. Opisał on ropnie okołomigdałkowe, zapalenie żył zakrzepowe, ogólne zakażenia ustroju, powstałe na tle grypowego zapalenia migdałków, ilustrując to histologicznemi preparatami.

Przekonawszy się o istnieniu przewlekłego zapalenia migdałków, musimy wyjaśnić, czy może być ono uważane za ognisko septyczne. Czy mogą z ropnych ognisk w niszach migdałkowych drobnoustroje stale lub z przerwami przedostawać się do krwiobiegu?

Uffenorde jest zdania, że jeżeli podczas anginy zarazki dostają się do krwi, przyczem stawy, nerki i serce bywają zaatakowane, jeżeli podczas anginy jałowe rany, jak naprzykład po porodzie w macicy, lub też przy niepowikłanem złamaniu, mogą zostać zakażone, to jest to dowodem, że powyższe zjawiska mogą być wstępem do ogólnej posocznicy.

Jeżeli uświadomimy sobie dokładnie stosunki w migdałkach podniebiennych i tę wielką ilość nisz i wgłębień, wypełnionych drobnoustrojami i ropniami, które często dopiero stwierdza się w usuniętych migdałkach, jeśli do tego weźmiemy pod uwagę bliskie sąsiedztwo dróg chłonnych i krwionośnych, wyżej dokładnie opisanych, to możemy śmiało przyjąć, że materjał zakażony bywa wchłaniany lub mechanicznie wciskany do krwi lub chłonki. Wszelkie warunki dla posocznicy Schottmüllera są wtedy spełnione i migdałki musimy uważać za ognisko septyczne a nie wrota wejścia. Chodzić tu może jedynie o ilościowe różnice.

Również Zarniko uważa, że pojęcie posocznicy w sensie Schottmüllera wyjaśnia nam, w jaki sposób przewlekłe zapalenie migdałków wywołuje zakażenie organizmu i odległych organów i uważa takie zakażenie jako szczątkową i osłabioną postać posocznicy.

Następujące przypadki posłużą za dowód tego, że przewlekłe zapalenie migdałków bywa ogniskiem septycznem i wywołuje objawy posocznicze.

1. B. R. l. 24. Przyjęta do szpitala 9. VII. 31 r. Od 4-ch lat cierpi na bóle w stawach, szczególniej skokowych. Co pewien czas cierpienia się wzmagały, występowały obrzęki i guzki czerwone w tkance podskórnej, t^0 38'1. Od roku stan znacznie się pogorszył. Nawroty występują coraz częściej. Od dzieciństwa częste anginy. Migdałki rozpulchnione, czopy. Serce: *tachycardia*, i szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną i tętnicą główną. 9. XII. Tonsilektomja.

Chora badana 6 tygodni po tonsilektomji. Serce bez zmian, samopoczucie bardzo dobre. T^0 prawidłowa. Rumień nie występuje zupełnie. Bad. 25. IV. 32 r. Stan zupełnie dobry.

2. Sz. A. lat 27. Przyjęta do szpitala 7. XI. 31. Od dwóch lat cierpi na bóle w stawach u palców rąk i skokowych. Stawy obrzękłe. Ruchy palców ograniczone, chodzi z trudem. *Thyreotoxicosis*. Często zapada na anginy. Od dwóch lat leczy się bez przerwy, najpierw u internisty, później terapja fizykalna. Leczenie nie dało żadnego wyniku. Migdałki dość duże, rozpulchnione, wyciska się czopy. 8. XI. 31. Tonsilektomja.

Chora badana 20. III. 32 r. Wszelkie bóle ustąpiły. Stawy nie obrzęknięte. Palcami rusza, chodzi. Samopoczucie bardzo dobre.

3. B. S. lat 27. Przyjęta do szpitala 8. XII. 31. Od trzech lat bóle stopy prawej i łamanie nieznaczne w innych stawach. Serce bez zmian, t^0 prawidłowa. Leczenie: salicylatami, fizykalne i wcieraniem przetworami jodu bez efektu. St. obecny. Bolesność i nieznaczne zgrubienie ścięgien m. wyprostnych stopy prawej.

Migdałki poorane, przekrwione, duże. Przy masowaniu przedniego łuku występują niewielkie czopki. 9. XII. Tonsilektomja.

Chorą badano miesiąc po zabiegu. Znaczna poprawa, po dalszych trzech miesiącach stan zupełnie dobry.

Nie mogę pominąć oryginalnej monografji Jegorowa „Serce i grypowe zapalenie zębów i migdałków", który pierwszy zwrócił uwagę na chorych z objawami zapalenia wsierdzia, u których pewne szczegóły chorobowe były odmienne od reszty chorych na to schorzenie.

Chorych tych umieszczano w klinice spowodu septycznego zapalenia wsierdzia. Rozpoznanie to na początku nie budziło żadnych wątpliwości. Pacjenci miesiącami leżeli w łóżku z podwyższoną ciepłotą, biciem serca, bólami w sercu i dusznością.

Następujące jednak szczegóły zwróciły uwagę Jegorowa. Przedewszystkiem dane wysłuchowe ze strony serca nie postępowały u tych chorych. Szmerek w sercu nie zmieniał się od chwili przybycia chorych do kliniki, dalej żaden z pacjentów nie umarł, wtedy gdy inni z prawdziwemi septycznemi zapaleniami wsierdzia bez wyjątku umierali, wreszcie ogólny stan serca zostawał miesiącami — latami całemi bez zmian.

Uderzała również niewspółmierność między zjawiskami czynnościowemi i organicznemi.

Przedmiotowe zmiany ze strony krążenia, jak zmienność rytmu serca i oddechu były wyraźne, jednak szmerek w sercu był zawsze bardzo nieznaczny, a jeżeli było rozszerzenie serca, to zawsze bardzo małe.

Wszystkie organiczne zmiany były w porównaniu z bogactwem i różnorodnością odczucia podmiotowego minimalne. Wszelkie badania laboratoryjne, analizy krwi, moczu, Roentgen, elektrokardjogramy nie dawały nic określonego. Jedynie z wywiadów można było się dowiedzieć, że wszyscy ci chorzy przypisują początek swej choroby sercowej — grypie lub anginie.

W ten sposób zwrócił Jegorow uwagę na migdałki, jako na przyczynę ciepłoty i rzeczywiście po usunięciu migdałków, ciepłota zwykle znikała. Wszystkie zaś dolegliwości chorych objaśnia on naruszeniem roślinnego układu nerwowego.

Źródłem więc ciepłoty były migdałki względnie zęby, a źródłem sensacyj sercowych roślinny układ nerwowy. Dlatego też autor przedewszystkiem zwrócił uwagę na sympatyczny układ nerwowy w odcinku szyjnym.

Podług Jegorowa istnieją trzy możliwości oddziaływania ogniska septycznego w migdałkach na roślinny układ nerwowy:

1) zapalenie węzła roślinnego,

2) mechaniczne podrażnienie sympatycznego splotu przez powiększone gruczoły chłonne na szyi;

3) czynnościowe przekrwienie lub anemja węzłów nerwowych.

Recydywujące zapalenia migdałków podrażniają według Jegorowa sploty nerwowe szyjne i doprowadzają je do stanu zapalnego. Objaw ten nazwał on „roślinno-zakaźnym syndromem".

Z wielu historyj chorób podanych przez autora, przytoczę następującą:

O. J. M. l. 25, nauczycielka, przyjęta do kliniki we wrześniu 1928 r. spowodu bólów i bicia serca, duszności, t° do 38°. Wywiad rodzinny bez znaczenia. Często anginy i grypy. W r. 1927 płonica. Dwa tygodnie po opuszczeniu łóżka t° podniosła się do 38°. Skargi na silne bóle w okolicy serca, bicie serca, i bóle głowy.

Rozpoznanie: zapalenie wsierdzia po płonicy. Nie opuszcza łóżka od roku. Stan podgorączkowy stale się utrzymuje. Serce: *tachycardia*, nieznaczny szmer skurczowy u wierzchołka, zresztą bez zmian. Migdałki — obrzękłe z czopami — próchnica wielu zębów i zapalenie dziąseł. Zapalenie gruczołów podszczękowych.

W październiku tegoż roku usunięto chorej 8 spróchniałych zębów, jednak ciepłota i samopoczucie bez zmian. 13. XI. 1929 r. wyłuszczono migdałki, poczem temperatura zaczęła opadać, a 22. XI. zrana była po raz pierwszy od roku prawidłowa, wieczorami jednak nieznaczne podwyższenie. Stan chorej o tyle się poprawił, że wypisała się ona z kliniki i zajęła pracą. Po kilku miesiącach usunięto chorej jeszcze jeden ząb i od tej chwili ciepłota i wieczorami prawidłowa, wszelkie dolegliwości ustąpiły.

Z wyżej przytoczonych historyj chorób widzimy, że po usunięciu migdałków ustąpiły wszelkie dolegliwości chorych. Bez wątpienia w tych przypadkach migdałki były ogniskiem septycznem, z którego drobnoustroje dostawały się do krwiobiegu, zakażając organizm. Po zlikwidowaniu ogniska zniknęły również objawy posocznicy.

Jednak zdarzają się wypadki, w których pomimo usunięcia chorych migdałków objawy zakażenia nie ustępują, przyczem poprzednie badanie innych organów, jak pęcherzyk żółciowy, trzeci migdałek, zęby dawały wynik ujemny.

Świadczy to, że migdałki u tych chorych przestały już być ogniskiem zakaźnem, a rolę ostatniego przejęły przerzuty w innych narządach.

Jegorow proponuje podział przewlekłych zapaleń migdałków na *tonsillitis chronica* to jest zwykłe, miejscowe zapalenie i *tonsillitis lenta* to jest takie, które jest ogniskiem zakaźnem i wywołuje objawy chorobowe w całym organizmie.

Ja proponowałbym podzielić zapalenie migdałków na 3 postacie:

1) zwykłe zapalenie przewlekłe migdałków,

2) przewlekłe zapalenie zakaźne,

3) i postać przerzutową.

Podział ten wynika ze spostrzeżeń klinicznych i cały wysiłek laryngologów powinien iść w kierunku jaknajdokładniejszego zróżnicowania tych postaci.

Pierwszych prób w tym kierunku dokonali w roku ubiegłym Bürgers i Wolffheim, którzy zapomocą fagocytozy starali się znaleźć związek pomiędzy schorzeniami migdałków, powikłanemi zakażeniem organizmu, a zarazkami, wyhodowanemi z tych migdałków.

Autorzy doszli do wniosku, że próba fagocytowa wraz z całkowitym obrazem chorobowym służyć może za ważną objektywną metodę dla ustalania rozpoznania przewlekłego zapalenia migdałków, przyczem o ile wskaźnik opsoninowy leży znacznie poniżej 50, to jest dowodem, że istnieje związek między choremi migdałkami a ogólnem zakażeniem.

Gdy metoda ta będzie sprawdzona i uproszczona, ewentualnie wynaleziona inna metoda, wtedy dopiero wskazania do tonsilektomji będą zupełnie ścisłe, a każda tonsilektomja da wynik dodatni.

Narazie jednak zmuszeni jesteśmy decydować się na wyłuszczenie migdałków bez ścisłego wskazania i słusznie, gdyż lepiej kilkakrotnie usunąć migdałki niepotrzebnie, niż raz jeden zostawić migdałki chore, mogące przynieść organizmowi wiele szkody, szczególniej, że obecnie tonsilektomja nie należy do zabiegów groźnych, a najpoważniejsze powikłania — krwotoki pooperacyjne przy obecnej technice opanowujemy względnie łatwo.

Z powyższego referatu wysuwam następujące wnioski:

1) Przewlekłe zapalenie migdałków jest jednostką chorobową.

2) Przewlekłe zapalenie migdałków bywa często ogniskiem septycznem i wywołuje przewlekłą posocznicę.

3) W wypadku stwierdzenia przewlekłej posocznicy, pochodzenia migdałkowego jest wskazane jaknajszybsze zlikwidowanie ogniska septycznego, ponieważ w przeciwnym wypadku może dojść do przerzutów.

Piśmiennictwo:

1) Sprawozdanie z II Zjazdu Lekarzy prowincjonalnych w Lublinie. 1914. — 2) Schottmüller i Bingold: Die septischen Erkrankungen. Hndb. d.Inneren Med. Bergman-Staehelin. Str. 909. — 3) Uffenorde W.: Die vom Schlunde ausgehenden septischen Erkrankungen etc. 1 Congrès Inter. d'Oto-Rhino-Lar. Kopenhaga. 1928. — 4) Ferreri G.: Septicemia di origine faringea. 1. Congrès Int. d'Oto-Rhino-Lar. Kopenhaga. 1928. — 5) Petzal E.: Folia oto-lar. t. 33. Z. 1. 1931. — 6) Passler: Münch. Med.Woch. L. 39. Str. 1644. — 7) Passler: Münch. Med. Woch. L. 45. Str. 1895. 1931. — 8) Dietrich: Rachen u. Tonsillen. Hndb. der Pathologie. Henke-Lubarsch. VI. — 9) Claus: Med. Klin. I. 1929. S. 457. — 10) Claus: Fortschr. Ther. 1930. S. 479. — 11) Goerke: Zschr. Lar. i t. d. Z. 19. 1930. — 12) Imich: Polski Przegląd Oto-lar. Z. 1 i 2. 1931. S. 93. — 13) Wolfheim: Folia Oto-Lar. T. 20. Z. 6. 1931. s. 480. — 14) Bürgers i Wolfheim: tamże. — 15) Jegoroff: Serce i grypowe zapalenie zębów i migdałków. 1930. — 16) Zarniko: Die Erkrankungen des lymphat. Rachenringes. Hndb. Denkers-Kahler. III.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Witołd ZIEMBICKI. Lwów.

List Stanisława Radziwiłła „Pobożnego" z roku 1598.

W zbiorze rękopisów Bibljoteki Raczyńskich w Poznaniu znajduje się, pod Sygn. 78, na kartach 410—412, list własnoręczny Księcia Stanisława Radziwiłła do Księcia Mikołaja Krzysztofa Radziwiłła, pisany po polsku, a datowany z Lublina, dnia 6 grudnia 1598.

Publikuję go dlatego, że zawiera szczegóły o chorobie autora, jakoteż o pewnym lekarzu, któremu oddał się on w opiekę, o dalszych zamierzeniach leczniczych, o niektórych współczesnych zapatrywaniach lekarskich, także o przesądach, — wreszcie, że zawiera nieco słownictwa z tego zakresu. Wszystko to nie jest bez znaczenia, jeżeli chodzi o zebranie jaknajwiększej ilości przyczynków do oświetlenia takiej, lub innej epoki. Należy tu przypomnieć, że autor listu, to osobistość, której zresztą skądinąd należy się zaszczytna wzmianka w historji naszej medycyny, on to bowiem fundował znany szpital przy kościele ołyckim.

Książę Stanisław Radziwiłł był synem Mikołaja *„Czarnego"* (1). Urodził się w Łukiszkach 12 maja 1559. Kształcił się w akademji lipskiej. Nawrócony na katolicyzm, jak wszyscy synowie Mikołaja *„Czarnego"* pod wpływem Jezuitów, stał się żarliwym wyznawcą katolickiej wiary i stąd otrzymał przydomek *„Pobożnego"*. Co roku, na przeciąg 40-dniowego postu wycofywał się ze świata, zamykał w ufundowanym przez siebie kościółku Św. Antoniego w Nalibokach i spędzał ten czas na rozmyślaniach i modlitwie. W latach 1576 i 1577 odbył wraz z bratem, Jerzym, pielgrzymkę do Rzymu i do Kompostelli (2) w Hiszpanji. W roku 1599 wybrał się na nową pielgrzymkę, do Loretu (3), w drodze jednak, mianowicie na Węgrzech (4) zaskoczyła go śmierć 19 marca 1599.

Być może, że powodem tej ostatniej pielgrzymki była choroba, o której pisze w liście. Być może, że zamierzone leczenie nie przyniosło pożądanego skutku i że z bratem Jerzym, już wówczas kardynałem, u którego, stosownie do słów listu, spędzić miał Święta Bożego Narodzenia 1598, uradził szukać dla zdrowia pomocy w świątobliwej pielgrzymce. Zapewne więc droga, w czasie której list był pisany, z zatrzymaniem się najpierw w Lublinie, a potem w Krakowie, była jego ostatnią. Zapewne, nie wracając już do domu, z Krakowa wybrał się w dalszą podróż, zagranicę, a to na południe, zaniechawszy projektowanego m. i. wyjazdu do Pragi, gdzie, jak zobaczymy, grasowało „powietrze". W podróży zmarł, w niespełna $3^1/_2$ miesiąca po dacie listu. W ten sposób data listu przyczynia się także pośrednio do ustalenia daty śmierci, która według rodowodu, zużytkowanego przez Kotłubaja, zaszła w roku 1599, a nie mogła zajść w roku 1595, jak chce biograf Bogusława Radziwiłła (5).

Stanisław Radziwiłł był człowiekiem niezwykle wykształconym. Z obcych języków posiadał grecki, łaciński, francuski, włoski, hiszpański, niemiecki, węgierski, turecki i arabski. Posiadał przytem rzadką na owe czasy cnotę: to jest tolerancję. Dowodzi tego m. i. wspomniana fundacja szpitala ołyckiego, której tekst nie czyni żadnej różnicy pomiędzy zwolennikami różnych wyznań (6).

Wraz z braćmi swymi brał udział w ustanowieniu ordynacji radziwiłłowskiej. Sam, z podziału, był pierwszym ordynatem na Ołyce. Ożeniony z Marjanną Myszczanką, córką kasztelana wołyńskiego, Michała Myszki, miał z nią 4 synów i 2 córki. W porze, z której pochodzi list, dwaj pierwsi synowie już nie żyli, pomarli byli bowiem w dzieciństwie. Z pozostałych czworga dzieci, najmłodsza córeczka miała dopiero ½ roku, o starszej i dwu synach będzie mowa w liście.

Adresat listu, Mikołaj Krzysztof Radziwiłł, rodzony brat Stanisława, znany pod przydomkiem „*Sierotka*", nie jest również obcy historji medycyny, on bowiem jest pierwszym w piśmiennictwie, znanym z nazwiska, kuracjuszem zdrojów siarczanych w Szkle, czyli t. zw. wówczas Cieplic jaworowskich (7). On to odbył później (1583) ową słynną pielgrzymkę do Ziemi Św. (8). Od Stanisława był starszym i wogóle najstarszym z synów Mikołaja „*Czarnego*". Stanowisko jego w rodzinie odzwierciedla się w tej pełnej rewerencji formie, z jaką list młodszego brata jest pisany. Trzecim po starszeństwie bratem obu poprzednich był Albert, przezwany Justynjanem litewskim, zapewne dlatego, że przyczynił się do ustanowienia Trybunału W. X. Litewskiego. Umarł w roku 1592, a zatem w czasie, z którego pochodzi list, już nie żył.

Czwartym skolei bratem był Jerzy, który poświęciwszy się stanowi duchownemu, był od roku 1584 kardynałem, branym nawet w rachubę wśród kandydatów do tronu papieskiego. Przeniesiony przez Zygmunta III. z biskupstwa wileńskiego na krakowskie, w Krakowie miał swą siedzibę, tam więc wybiera się do niego, jak zobaczymy z listu, Stanisław.

List publikuję w pisowni transkrybowanej, wedle zasad, obecnie obowiązujących, z zachowaniem właściwości językowych. Jedynie w pisowni tytułów: książę, wasza książęca miłość i w skrócie: W. X. M., pozostawiłem *X*, a to dlatego, że wstawienie do takiego skrótu, — dziś zresztą nieużywanego — *ks* zamiast *x* wyglądałoby niezgrabnie, w tytulaturze zaś i obecnie jeszcze, w korespondencji prywatnej, bywa używana pisownia Xiążę.

Jaśnie Oświecone Xiążę Panie Wojewoda Trocki,
Panie Bracie i Dobrodzieju, mnie wielce Miłościwy.

Zaleciwszy najniższe służby swe do miłościwej łaski WXMiłości, mego miłościwego Pana i Dobrodzieja.

Będąc od Pana Boga tak ciężka chorobą (jakom o tym do WXMłci pisał), nawiedzony, a spróbowawszy już wszystkie medycyny Galenistów (9), które mię bardzo mało wzmagały, umyśliłem był z domu udać się do Włoch, dla tamtych wód cieplicznych, albo do Czech i do Niemiec, a to iż tam o doktora łacniej i a curis domesticis spokojniej. Alić przed wyjazdem mym z domu przyjechał niejaki niemiec, rodem z mekelburskiej (sic) ziemi, imieniem Zacharjas Taceń (10), którego pan Piotr Gorajski (11) do Jego Młci Xiążęcia Czartoryskiego (12) (rozumiejąc go jeszcze tąż affekcyją laborare), przysłał, a iż Jego Młć Xiążę Czartoryskie do lepszego zdrowia już z łaski Pana Boga wszechmogącego przyszedł, dał mi onym Jego XMłć znać, ja posłałem poń do Klewania, który na żądanie moje przyjachał i w rozmowie ze mną, gdym mu o chorobie swej powiadał, obiecował mi tak, iż za Bożą pomocą chciał się podjąć leczyć mię i acz świadectwo miał Jegomości pana Piotra Gorajskiego, jednak rozmyślałem się, co czynić, ale, gdy jeszcze doma choroba moja (która co tydzień na mnie barzo ciężko przychodziła), przyszła, zapomniałem rozmyślania wielkiego, prosiłem go, aby mi dał swe lekarstwo, który mi dał coś z olejkiem, vitrioli barzo kwaśnego, wypić na noc po wieczerzy i kazał się za łaską WXMłci pocić. Ja zaraz po tym lekarstwie barzom dobrze spał i dawał mi tego dziewięć razów, zaczym z łaski Pana Boga wszechmogącego poczęło mi się znacznie poprawować na zdrowiu, sen mi się dobry wrócił, apetyt do jedzenia niezły, oppressio cordis i tremor manus dextrae z łaski Bożej ustaje i zapomocą Pana Boga wszechmogącego przychodzę do lepszego zdrowia. Za początkiem tedy poprawy zdrowia mego jeszcze doma, postanowiłem z nim, iżem miał jachać z nim do Czech, a to nawięcej dla wczasu lepszego, bo doma to tym, to owym mnie turbowali, a mały frasunek wielki mi ból czynił i uczyniłem z nim postanowienie takie, iż, gdyby mię wyleczył za łaską Bożą, mam mu dać dwa tysiąca złotych, jeśliby też nie, czego Panie Boże uchowaj, tedy nie mam mu dać nic. Jednak przez księdza proboszcza ołyckiego, księdza Jana Dąbrowę, pytałem się go, co za profesyjej jest i nie znał się być galenistą, ani alchemistą (13), ani negromantykiem (sic) (14), tylko symplicystą (15) się powiedał i iż sekreta miał mieć, których żadnemu nie chciał powiedzieć, odjachał tedy odemnie, wprzód ze dwie niedziele przedemną, a ja ipso die Praesentationis Beatissimae Virginis Mariae (16) puściłem się w drogę swą w imię Boże, a dowiedziawszy się w Torczynie (17) u Jego Młci księdza biskupa łuckiego (18) mego miłościwego Pana o Jego XMłci księdzu kardynale biskupie krakowskim (19) i iż był w Lublinie na wizytacyjej, nie minąłem Lublina, gdziem Jego XMłci mego miłościwego Pana w dobrym zdrowiu oglądał, prawie pasterza, pracującego dla chwały Bożej i zbawienia dusz ludzkich. Tam, gdym Jego Młci o drodze swej i o tym medyku powiedział, drogi Jego XMłć nie odradzał, słysząc odemnie, com tymi czasy na te ciężką chorobę ucierpiał, ale o medyku tym jakoś wątpił, a to, gdym Jego XMłci o tym powiedział, iż raz ze mną kon(ferując), rzekł mi: jest ta choroba od Pana Boga, tedy za Jego świętą pomocą pomogi (sic); jeśliby też ab incantatione (20), czego Boże uchowaj, i w tym mi czynił dobre serce, że mi miał pomóc. Onoż, iż w Czechach, jako w Pradze i w niektórych czeskich miastach powietrze (21) jest, a przytym iż b(rat) Jego XMłć ksiądz kardynał radził mi, abych po tego medyka posłał, a drogę do Ś. Krzyża i Panny Najświętszej do Częstochowej według votum mego odprawił, a stamtąd do Krakowa na Święta (22), dali Pan Bóg, przyszłe, do Jego XMłci przyjachał, Jego XMłci za to uniżenie podziękowawszy, obiecałem się Jego XMłci na Święta, dali Pan Bóg w Krakowie stawić. Interim po tego medyka posyłam, który mi się obiecał i w Polszcze, gdzieby tego po(trze)ba było, albo za jaką przyczyną mnie leczyć, a iż też i w Krakowie są dobrzy medycy i astrologowie, chciałbych (gdyż też i ten medyk pilnie mi to zadał), abych mu rok, dzień i godzinę narodzenia mego powiedział, chciałbych to od astrologów mieć, gdyż to nie jest contra fidem, aby się wżdy jako tako mogło wiedzieć przyczyne też tak ciężkiej choroby mojej, jeśli nie incantatio jaka jest tego przyczyną, gdyż sie to i drugim uczonym zda, żeby z tego miało pochodzić. Uniżenie tedy proszę WXMłci mego miłościwego Pana, abyś mi WXMłć tę łaskę pokazać raczył, a kazał mi to (23) z książek swoich wypisać i posłańcowi memu kazać oddać, co ja WXMłci, gdy mię Pan Bóg z łaski Swej świętej do lepszego zdrowia przyprowadzić będzie raczył, odsługować, przy innych wielce łaskach i to, powinien będę. A gdy ten medyk, dali Pan Bóg, do mnie przyjedzie, chce Jego XMłć Xiądz Kardynał jakiego duchownego, i medyka przy nim, incognite (sic) posłać, dowiedując się, co za lekarstwy mię ma wolą leczyć i jeśli w czym nie jest suspectus. A ofiarował mi Jego XMłć z miłościwej łaski swej pomieszkanie, w którymkolwiek imieniu Jego XMłci, gdzieby mnie ten medyk miał kurować, za co Jego XMłci ja memu miłościwemu Panu podziękowawszy uniżenie, dzisia sie, dali Pan Bóg, w drogę swą puszczam, zostawiwszy córeczkę swą, Halżuchnę (24) przy zakonniczkach Świętej Brygidy, tu w Lublinie, w klasztorze Panny Najświętszej (25), gdzie ma mieszkać, dali Pan Bóg, zdrowie, póty, póki wola będzie Pana Boga wszechmogącego, a onę albo do służby swej, albo do stanu świeckiego, wedle woli Swej obróci (26). Synów też naszych (27) odsyłamy, dali Bóg, przed Święty do Wilna, do Ojców Jezuitów (28) na naukę, aby czasu marnie doma nie trawili. Dajże to Panie Boże wszechmogący, aby my, słudzy najniższy WXMłci, naszego miłościwego Pana i Dobrodzieja, o dobrym zdrowiu WXMłci i dziateczek najmilszych WXMłci często słyszeli i rychło na dobre zdrowie WXMłci wszystkich patrzyli, a przytym uniżenie prosząc, abyś się WXMłć tak długim pisaniem mym, którymem WXMłci zabawił, nie obrażał, powtóre służby nasze najniższe do miłościwej łaski WXMłci uniżenie oddajemy, pokornie prosząc, abyś nam WXMłć, najniższym sługam Swym miłościwym Panem być raczył.

Dan z Lublina, dnia 6 Decemb: Anno Domini 1598.

W. X. Młci mego miłościwego Pana najniższy brat i sługa,
Stanisław Radziwił

Na odwrocie listu:

Jaśnie Oświeconemu Xiążęciu
Panu a Panu
Mikołajowi Krzysztofowi Ra(dziwiło)wi
Xiążęciu na (Ołyce i) Nieświżu (sic),
Hrabi na (Szydł)owcu i Mirze
Wojewodzie trockiemu,
Panu Bratu i Dobrodziejowi, mnie
wielce miłościwemu, należy.

Przypisy:

1) Daty familijne i biograficzne podaję na podstawie dzieła E. Kotłubaja: Galerja nieświeska, Wilno 1857.

2) Santiago de Compostella, miasto w płn.-zach. Hiszpanji, słynne z tego, że posiada grób apostoła Jakóba, niegdyś cel licznych pielgrzymek.

3) Loreto, znany cel pielgrzymek, w pobliżu Ankony.

4) Kotłubaj podaje na podstawie dokumentów, że na Węgrzech w Posonium, dodając w nawiasie: Passau. Jest to oczywiście błędne, gdyż Posonium, to węgierskie Pozsony, w niemieckiem Pressburg, dzisiejsza Bratislava.

5) Por. Kotłubaj, str. 262.

6) Akt fundacyjny, wystawiony w Ołyce, dnia 13 października 1593, przytacza Kotłubaj in extenso w dodatkach, na str. 515—517. W akcie tym powiedziano m. i.: „...Do którego to szpitala mają być przyjmowani wszyscy, tak katolicy, jak i Ruś i poganie, aby tylko przedtem byli pobożnego żywota".

7) Por. Ziembicki, 350-lecie polskiego piśmiennictwa balneologicznego, a zarazem 350-lecie bibljografji Szkła-Zdroju, Polska Gazeta Lekarska 1928, nr. 51. — Radziwiłł bawił w Szkle w roku 1576.

8) Dziennik z podróży, pisany przez Radziwiłła po polsku, został po raz pierwszy opublikowany w roku 1601 w przekładzie łacińskim Tretera: Hierosolymitana peregrinatio Illustrissimi Domini Nicolai Christophori Radzivili etc., Brunsbergae, apud Georgium Schönfels.

9) Zwolenników Galena, którego zasady w owym czasie powszechnie jeszcze panowały.

10) Osobistości tej nie udało mi się zidentyfikować z żadnym ówczesnym lekarzem, z pochodzenia meklenburczykiem. Prof. v. Brunn, historyk medycyny w Rostocku, był tak uprzejmy, że na moją prośbę zajął się zbadaniem tamtejszych uniwersyteckich wykazów imatrykulacyjnych przy pomocy radcy miejskiego, archiwarjusza dra Dragendorffa. Wynik był ujemny. Podobne nazwisko, w warjantach Teetz, Tetzen i Titz jest wprawdzie w Meklenburgu popularne, nawet i dziś jeszcze, nie udało się jednak odnaleźć żadnego Zacharjasza, w szczególności lekarza tego imienia. Nie wykazuje go także „Jahrbuch des Vereins f. meckl. Geschichte", w którego Nr. Nr. 48, 49 i 50 opublikowano pracę pod tyt.: „Mecklenburger auf andern Universitäten", ani też „Blank-Wilhelmi" (spis lekarzy meklenburskich od najdawniejszych czasów). W ogólności wydział lekarski na uniwersytecie rostockim w XVI wieku znajdował się dopiero w początkach rozwoju. Przeszukiwanie metryk uniwersyteckich innych uniwersytetów byłoby pracą zbyt żmudną w stosunku do tego, mało zresztą znaczącego zagadnienia, zwłaszcza, że wspomniany przez Radziwiłła Zacharjasz Tecen mógł wogóle nie być ukończonym lekarzem, ale jakimś wędrującym partaczem.

11) Piotr Gorajski, syn Jana, urodzony z Osmólskiej, trzykrotnie żonaty. Ostatnią żoną była Katarzyna Radziwiłłówna, wojewodzianka nowogrodzka. Był więc spokrewniony z Radziwiłłami. Zob. o nim: Boniecki, herbarz, t. VI, str. 234; Niesiecki, t. IV, str. 190 i VIII, str. 50; Siarczyński Fr., Obraz wieku panowania Zygmunta III., cz. I, str. 144.

12) Zapewne Jerzy Czartoryski, syn Iwana Fedorowicza. On pierwszy z Czartoryskich przeszedł na łono kościoła rzymskiego. Rezyduje na Klewaniu już w r. 1583, a w r. 1597 wznosi tu kościół rzym.-kat. Zob. o nim: Wolff J.: Kniaziowie litewsko-ruscy, 1895, str. 31. — Siarczyński, o. c., I, str. 87.

13) Wyznawcy doktryny, pragnącej w t. zw. kamieniu filozoficznym znaleźć klucz do fabrykacji złota, jakoteż środek leczenia wszelkich chorób. Zob. Szumowski, Historja medycyny, cz. II, (Średniowiecze), str. 354 i d.

14) Poprawnie powinno być „nekromantykiem". Nekromancja (jedna z wielu „mancyj" czyli sztuki przepowiadania, teoretycznie uzasadnionej przez stoików), — polegała na zaklinaniu ducha osoby zmarłej, celem uzyskania odpowiedzi co do losów osoby żyjącej. Zob. Szumowski, Historja medycyny, cz. I (Starożytność), str. 85.

15) Od „simplicia", — proste środki roślinne. Symplicysta więc: zwolennik leczenia ziołami.

16) Ofiarowanie N. M. Panny, dzień 21 listopada.

17) Torczyn, miejsce ulubionego pobytu biskupów łuckich. Zob. Słownik geograficzny, t. XII, str. 405/6.

18) X. Bernard Maciejowski. Postąpił w r. 1600 na biskupstwo krakowskie. Zob. Niesiecki, t. I, str. 53.

19) Wspomniany na wstępie brat autora listu, Jerzy Radziwiłł. Kardynałem kreowany przez papieża Grzegorza XIII, 1584 Zygmunt III przeniósł go był z biskupstwa wileńskiego na krakowskie, co wywołało sprzeciwy stanów koronnych, niezadowolonych z oddania Litwinowi krzesła, należącego się Koronie. Zob. Kotłubaj, o. c., str. 249 i d.

20) Incantatio, czary, uroki.

21) Zaraza morowa.

22) Święta Bożego Narodzenia.

23) Datę urodzin.

24) Nazywała się Elżbieta. Zob. Kotłubaj, o. c., str. 261. Tu zdrobniale, to samo co Elżuchna.

25) Starożytny kościół N. M. Panny w Lublinie, fundowany przez Jagiełłę, dziś zwany kościołem Wizytek, był do r. 1818 zajmowany przez Brygitki. Zob. Słownik geogr.

26) Córka ta, urodzona w r. 1592, była w przyszłości żoną Andrzeja Jerzego Sapiehy, starosty homelskiego, a 2-o voto Mikołaja Zawiszy, kasztelana witebskiego. Zob. Kotłubaj, o. c., str. 261.

27) Byli to: Mikołaj Krzysztof i Albert Stanisław. Zob. Kotłubaj, l. c.

28) Wilno było, jak wiadomo, jednem z pierwszych siedlisk jezuickich, założonem w celu przeciwdziałania szerzącej się na Litwie silnie reformacji. W r. 1570 otwarto uroczyście Collegium, zamienione przez Stefana Batorego na Akademję.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Marian PIECZARKOWSKI. Kraków.

Wykluczenie tożsamości osoby na podstawie wadliwego uzębienia.

Z Zakładu Medycyny Sądowej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Leon Wachholz.

W lipcu b. r. zwróciła się wdowa H. do prof. Wachholza z prośbą o zbadanie resztek kośćca ludzkiego i strzępów ubrania, znalezionych w Tatrach w kierunku rozstrzygnięcia, czy mogłyby one należeć do córki jej Loli H., zaginionej w sierpniu w r. 1928. Kości i resztki ubrania, dostarczone przez Dra B., poddaliśmy zbadaniu wspólnie z prof. Wachholzem.

Dr. B. podał ustnie, że Lola H. lat 22 i 9 miesięcy licząca, studentka matematyki U. J., wyruszyła w towarzystwie Romualda D. lat 21, również studenta matematyki U. J. autem ze Zakopanego dnia 1 sierpnia 1928 na wycieczkę. Noc z 4 na 5 sierpnia spędzili wymienieni w hotelu Kamzik po czeskiej stronie i tu zanotowali w księdze turystycznej, że wyruszają na Lodowy i Łomnicę. Z 5 na 6 nocowali w schronisku Teryego. Dnia 6 sierpnia rano wyszli z tego schroniska i od tego czasu ślad po nich zaginął. Zarówno rodzina Loli H. jak i Romualda D. nie była zaniepokojona brakiem wiadomości wiedząc, że oboje od paru lat chodzili po Tatrach. Dopiero dnia 10 sierpnia 1928 znaleziono na Przełęczy Lodowej tuż koło szlaku turystycznego w zacisznem miejscu zwłoki D. w pozycji klęczącej. Wedle protokółu policji w Zakopanem i protokółu Towarzystwa Tatrzańskiego u znalezionego miano na miejscu stwierdzić krwotok płucny. Denat miał chorować na gruźlicę płuc i miał być dotkniętym wadą serca. Zwłoki poddano sekcji w Instytucie Medycyny Sądowej w Bratyslawie i wykazano gruźlicę płuc, wadę serca, nie stwierdzono natomiast żadnych śladów otrucia, ani obrażeń zewnętrznych tak, że z przeważającem prawdopodobieństwem można było przyjąć śmierć D. za naturalną wskutek wyczerpania u mało wprawnego turysty, dotkniętego ponadto gruźlicą płuc i wadą serca. Natomiast zaginionej towarzyszki zmarłego nie znaleziono mimo energicznych poszukiwań tak po polskiej, jak i po czeskiej stronie Tatr. W rok później t. j. w r. 1929 w sierpniu doniesiono do posterunku Policji Państwowej w Jurgowie, że przy Stawie Jaworowym, Żabim juhas posłany przez przechodzących turystów znalazł na półce skalnej plecak, który okazał się własnością zaginionej Loli H. Znajdowały się w nim dokumenty, legitymacje i różne sprzęty, które matka denatki rozpoznała jako własność swej córki Loli H. Wznowiono poszukiwania za zaginioną, lecz i tym razem bezowocnie. W lipcu r. 1933 znaleziono w Dolinie Świstowej, znajdującej się na północnych spadach Szerokiej Jaworzyńskiej, części szkieletu ludzkiego wraz ze szczątkami odzieży. Urząd Okręgowy w Keżmarku pismem z dnia 8. VII. 1933 zezwolił na przewiezienie ich celem zbadania.

Szczątki szkieletu przedstawiały się następująco:

1) Czaszka bez żuchwy o kościach i szwach zupełnie dobrze zachowanych, zwalana ziemią, ze śladami mchu, z przylepionemi skąpemi włosami w oczodole prawym i w szwach wieńcowych i skroniowych, z resztką ścięgna mięśnia skroniowego lewego; szczęka górna ostra z bardzo nieregularnemi otworami po wypadniętych zębach, zachowane zęby tkwiące w zębodołach szczęki górnej dają się oznaczyć jako VII po stronie prawej cechujący się znaczną próchnicą, zaś po stronie lewej jeden ząb dwuguzkowy, przedtrzonowy ze śladem próchnicy i jeden trójguzkowy, trzonowy VII górny zupełnie zdrowy. Zapałki wstawione w zębodoły siekaczy sterczą znacznie ku przodowi pod

kątem ostrym. Z wyrostków zębodołowych szczęki górnej ku środkowi i równolegle do podniebienia twardego wysterczają po obu stronach skrzydełkowate wyrośle kostne (ślady po nieprawidłowem i nadliczbowem uzębieniu — zębodoły — (Ryc. 1). Obwód czaszki 51 cm, guzy czołowe i nadoczodołowe słabo rozwinięte. Nigdzie nie stwierdza się żadnych śladów obrażeń.



Ryc. 1.

2) Kość ramieniowa lewa 30,7 cm długa o zachowanych zupełnie dobrze cechach anatomicznych bez żadnych śladów obrażeń; na przekroju górnej nasady wyraźnie zaznaczone rozgraniczenie kostne między nasadą, a trzonem kości ramieniowej, jama szpikowa nie dochodzi do szyjki chirurgicznej.

3) Dwie łopatki, 17 cm długie w swym najdłuższym wymiarze, lewa nieuszkodzona ze śladami mchu, ziemi i resztkami ścięgien (we *fossa supraspinata*), prawa wykazuje we *fossa supraspinata* włamanie ku środkowi i ubytek kostny na *angulus medialis*, nadto poprzeczne pęknięcie na łusce w dole podgrzebieniowym.

4) Dwa obojczyki, z tych lewy 12,3 cm, — prawy 12,7 cm długi, lewy o zachowanych cechach anatomicznych bez żadnych uszkodzeń, prawy obojczyk wykazuje między nasadą zewnętrzną a trzonem poprzeczne nadłamanie od górnej krawędzi idące, przechodzące następnie w 1 cm długie, wzdłuż osi długiej obojczyka przebiegające szczelinowate pęknięcie.

5) Rękojeść mostka bez żadnych obrażeń.

6) 5 kręgów szyjnych, z których obrotowy wykazuje nieregularny ubytek zęba, inne bez uszkodzeń.

7) 5 kręgów piersiowych bez żadnych uszkodzeń.

8) Żebra, z pomiędzy których dają się oznaczyć zupełnie niewykazujące żadnych uszkodzeń 3 pierwsze pary górne, dalej najprawdopodobniej V i VI para i VII i VIII żebro lewe, z których VII raz w połowie swej długości, a VIII w dwu miejscach jest złamane ukośnie.

Szczątki odzieży przedstawiają resztki spódnicy z paskiem i strzępy grubych skarpet. Strzępy te są zwalane nieco ziemią, pokryte skąpo zeschłym mchem, są zbutwiałe, rozłażące się, plam krwawych na nich nie daje się stwierdzić.

Ponieważ przypuszczano, że znalezione szczątki kostne należą do zaginionej Loli H., zbadano szczegółowo zachowane uzębienie szczęki górnej, zbierając równocześnie dane w Instytucie Stomatologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego i u Dra Habera, u którego denatka miała się leczyć. W Instytucie Stomatologicznym U. J. nie wykonywano u denatki żadnego zabiegu, nie było tedy także w zapiskach żadnej wzmianki o jej uzębieniu. Natomiast Dr. H. doniósł, że w r. 1926 założył denatce plomby amalgamowe w zębie dolnym, lewym VI, — górnym, prawym i lewym VII. W notatkach swoich nie znalazł żadnej wzmianki o nieprawidłowościach uzębienia zaginionej.

Po dokonaniu zbadania powyższych resztek kośćca wydano wdowie H. następującej treści opinję:

1) Osoba, do której należały wymienione powyżej kości a w szczególności, do której należała kość ramieniowa, posiadała wzrost, który w przybliżeniu wynosił 160 cm (obliczenie przeciętne z obliczeń dokonanych sposobami Langera i Rolleta).

2) Osoba ta, sądząc po obwodzie czaszki (51 cm) i po delikatnej budowie kośćca była najprawdopodobniej kobietą.

3) Na podstawie skostnienia górnej epifizy kości ramieniowej, którą w tym celu przepiłowano, można oznaczyć wiek danej osoby na powyżej 18 lat, a poniżej 28 lat życia. (W myśl odnośnych badań Wachholza).

4) Budowa wyrostków zębodołowych obu szczęk górnych była wybitnie nieprawidłowa. Wyrostki zębodołowe oraz zawarte w nich zęby, których większości braknie, musiały wysterczać w podwójnym szeregu znacznie ku przodowi, tem samem stanowić uderzającą wadę utworową uzębienia.

5) Ponieważ zaginiona Lola H. posiadać musiała wedle przedstawionych dwu zdjęć fotograficznych prawidłowe i estetyczne uzębienie, ponieważ dalej ze zapisków Dra Habera, stomatologa wynika, że zakładał on w r. 1926 zaginionej Loli H. w obu VII zębach górnych szczęk plomby amalgamowe, a tymczasem ząb VII górny lewy w czaszce badanej jest zupełnie zdrowy, przeto można wykluczyć możliwość, aby czaszka badana była czaszką zaginionej Loli H.; tem samem najprawdopodobniej i reszta kości przesłanych do badania nie należy do szkieletu zaginionej Loli H.

Powyższy przypadek stanowi przyczynek do kazuistyki stwierdzania względnie wykluczania tożsamości osoby w zwłokach mocno zgniłych, zwęglonych, lub bardzo zdefektowanych i stwierdza wielką doniosłość badania w tych razach kośćca, zwłaszcza budowy jego szczęk i uzębienia, na co oddawna zwracano już uwagę [1]).

Zdjęcia do powyższego przypadku wykonał Dr. Kaczyński, st. asystent Zakładu.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 9—10. 1933. A. Gruca: Leczenie gruźlicy stawu biodrowego na podstawie materjału Szpitala Kasy Chorych we Lwowie. — A. Gruca i Wł. Leszczyński: Gruźlica stawu kolanowego. — A. Gruca: Gruźlica stopy. — A. Gruca: Leczenie gruźlicy kończyny górnej na podstawie materjału Szpitala Kasy Chorych we Lwowie. — A. Gruca: Gruźlica kręgosłupa i klatki piersiowej w Szpitalu Kasy Chorych we Lwowie w latach 1931—1933. — A. Gruca i A. Skrzypecki: Leczenie swoiste gruźlicy.

Polska Stomatologja. Nr. 10. 1933. A. Cieszyński: Nowe zadania Akademji Stomatologicznej w Warszawie. — A. Cieszyński: Projekt Rozporządzenia Min. W. R. i O. P. w sprawie uregulowania specjalizacji w stomatologji i określający studjum stomatologiczne.

Wiedza Lekarska. Nr. 11. 1933. St. Higier: Organoterapia w schorzeniach naczyń obwodowych typu „postępujących angiopatyj, ischemizujących i zacieśniających". — J. Wiszniewski: Pokarm jako czynnik leczniczy w patologji wieku dziecięcego.

Położna. Nr. 11—12. 1933. Markowa-Rutkowska Ada: Ciasna miednica a sztuka położnicza. — Wł. Bobrzyński: O tonach serca płodu. — Fr. Ksawery Cieszyński: „Górka", kolonja lecznicza dziecięca. — R. Arseuicz: Nieprawidłowości błon płodowych.

Medycyna Nr. 21. 1933. T. Wąsowski: Powikłania wewnątrzczaszkowe w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego na podstawie materjału kliniki wileńskiej. — H. Gromadzki: Czy można uważać cięcie cesarskie w dolnym odcinku za metodę wyboru w postępowaniu leczniczem wobec łożyska przodującego? — St. Tokarski: Wytwarzanie sztucznych przetok w jontoforezie. — Wł. Ostrowski: W sprawie rozpoznawania i leczenia obrażeń czaszki. — Wł. Mikułowski: Przyczynek do symptomatologji schorzeń mózgowych w kokluszu.

Nowiny Lekarskie. Nr. 22. 1933. K. Bujniewicz: Febris undulans s. morbus Bangi. — St. Tuszewski: Doświadczenia

---

[1]) Por. Amoëdo — Die Zahnheilkunde in der gerichtlichen Medizin.

z cholecystografją. — H. W. Schmidt: O wpływie heparyny na regenerację czerwonych ciałek krwi. — St. Meysner: O obrazie rentgenologicznym płuc. — W. Dullin: Przypadek torbieli wątroby, wyścielonej nabłonkiem walcowatym rzęskowym.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 46. 1933. Al. Dek: Dr. Henryk Kłuszyński (Wspomnienie pośmiertne). — F. Łukaszczyk: O wczesne rozpoznawanie nowotworów złośliwych łatwo badaniu dostępnych. — J. Grynberg: Przypadek Polyarthritis enterica.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 47. 1933. K. Monikowski: W sprawie „waty polskiej" z lnu.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 159. 1933. K. Zagrodzki: Anatoksyna przeciwtężcowa i jej zastosowanie w medycynie weterynaryjnej. — I. Dratwer: Rozkładające błonnik drobnoustroje tlenowe w przewodzie pokarmowym zwierząt trawożernych.

OCENY.

Précis de phtisiologie. GIRAUD. Wyd. G. Doin et Cie. Paris. 1933. Str. 390. Cena 60 fr. fr.

Autor przedstawia w sposób niezwykle przystępny i krytyczny współczesne poglądy na rozwój i przebieg suchot płucnych u dorosłych — na rozpoznanie, rokowanie i leczenie. Godną podkreślenia jest u autora Francuza należyta ocena zapatrywań szkoły niemieckiej.

Nie ulega wątpliwości, że ogół świata lekarskiego nie orjentuje się w sprawach ftizjologji, co jest szczególnie dziwne, jeżeli uprzytomnimy sobie, że gruźlica jest najbardziej rozpowszechnionem schorzeniem przewlekłem. Błędy popełniane tak często przez ogół lekarzy na polu ftizjologji można odnieść według G. do kilku jedynie przyczyn: 1) fałszywe zapatrywanie na rozwój suchot płucnych, 2) zbyt wielkie zaufanie do badania fizykalnego, w szczególności do osłuchiwania, 3) niedocenianie rozpoznawczego znaczenia rentgenologji, 4) zbyt rzadkie stosowanie badań bakterjologicznych. Celem niniejszej pracy autora jest wskazanie na błędy, by w ten sposób zapobiec wielu zaniedbaniom niedopuszczalnym przy obecnym stanie wiedzy. Jest zasługą autora przedewszystkiem trafne podkreślanie tych okoliczności, które posiadają znaczenie praktyczne. Szczególnie zasługują na dokładne zapoznanie się rozdziały o radjodiagnostyce i gruźlicy prosówkowej. Przy omawianiu leczenia gruźlicy płuc kładzie G. szczególny nacisk na leczenie spoczynkowe i tu może zbyt wielkie znaczenie przypisuje sanatorjum. Stosowanie rozmaitych leków (nawet złoto i wapń) może mieć tylko względną wartość pomocniczą. Na pierwszy plan wysuwa się bezsprzecznie leczenie zapadowe i to przedewszystkiem odma piersiowa. Wyrwanie nerwu przeponowego, otok olejowy, a wreszcie torakoplastyka przedstawiają również dla lekarza ftizjologa szczególne zainteresowanie i choć w obecnej dobie należy je uważać za najbardziej skuteczne, to jednak autor wypowiada przypuszczenie, że naprawdę skuteczną metodą leczenia gruźlicy płuc odkryje się w przyszłości nie w sali operacyjnej, lecz w laboratorjum. Będzie ono wynikiem współpracy chemika, biologa i eksperymentatora.

Każdy czytelnik tej książki, wyposażonej w dobre i instruktywne ryciny (obrazy rentgenowskie) odniesie po jej przeczytaniu niemałe korzyści. Życzyćby sobie należało, by książka ta znalazła jaknajszersze rozpowszechnienie, a ze względu na swe zalety dydaktyczne, w szczególności wśród lekarzy praktyków.

St. Hornung (Lwów).

Heilerfolge der Konstitutionstherapie bei weiblichen Geisteskranken, insbesondere bei Schizophrenie. (Wyniki lecznictwa konstytucjonalnego u umysłowo chorych kobiet, szczególnie w schizofrenji. B. ASCHNER. Hippokrates-Verlag. Stuttgart. 1933. Str. 364.

Praca wydana pod tytułem powyższym tak dalece się różni od wszystkich innych, które nadchodzą do naszej redakcji, że zasługuje na obszerniejszą recenzję. Kierunek naukowy autora charakteryzuje najlepiej program „Hippokratesa", „czasopisma dla lecznictwa praktycznego", które ma być „punktem zbornym dla lekarzy o identycznych dążeniach, szukających nowych dróg i bez przesądu zbierających to, co posiada dobre uzasadnienie i prowadzić może do wyników praktycznych". W tym sensie i autor poszukuje nowej drogi w lecznictwie chorób umysłowych.

Będąc właściwie ginekologiem, zaczął się zajmować tą materją poprzez studjum wydzielania wewnętrznego, nauki o konstytucji i „terapji konstytucjonalnej", a musimy mu przyznać rację, gdy wskazuje na ścisłą łączność pomiędzy życiem płciowem kobiety z jednej, a nerwicami i psychozami z drugiej strony.

Stanowczo jednak nie jesteśmy zdania autora, iż nowoczesna psychjatrja kliniczna za mało się nauczyła w przeszłości lekarskiej i że się bardziej koncentrowała na badaniu, niż na leczeniu chorób psychicznych. Nauki Aschnera zresztą nie można zupełnie porównywać z psychjatrją kliniczną. Ta jest jakby obszernym gmachem, mieszczącym pod swym dachem szereg nauk pomocniczych, — a spostrzeżenia i konkluzje A. może będą kiedyś kamieniem węgielnym, albo jednym z punktów wyjściowych dla nowego poglądu o patogenezie i o leczeniu chorób umysłowych. Psychjatrja kliniczna również stara się nie popaść w błąd tłumaczenia sobie wszystkiego przez proces fizyczny lub jednostronnego uzależnienia objawów od psychiki. O ile autor zarzut ten podnosi, to wynika to naszem zdaniem z wrogiego ustosunkowania się jego do kliniki. Również dzisiejszy kierunek psychjatrji klinicznej często sięga wstecz, po opinję klasycznych lekarzy-praktyków i nie jest pozbawiony tradycji naukowej. Jesteśmy wdzięczni autorowi za jego usiłowania wzbogacenia dzisiejszego lecznictwa chorób umysłowych. Niemniej jednak jesteśmy dalecy od utajonej złośliwości, przemawiającej z cytatu str. 360/61, a według którego metoda ekspektatywna w lecznictwie psychjatrycznem „tym lekarzom jest dogodną, którzy nie wiedzą niczego lub szukają innej rady, chętnie omijają trudy i są raczej wygodni". Innemi słowami terapja „konstytucyjna" autora jest wybraną metodą. Jej punktem wyjściowym jest nauka Hufelanda, dla którego „najważniejszym kontrapunktem mózgu jest układ nerwowy brzucha". Wobec tego metoda Aschnera stara się przez podrażnienie układu wegetatywnego środkami wymiotnemi, przeczyszczającemi, upustem krwi oraz energicznem wodolecznictwem pobudzić czynności tego antagonisty mózgu. Według doniesień autora środki odurzające stają się zbędnemi. Chętnie w to uwierzymy! Chcemy również wierzyć w to, że chore zabiegi te wytrzymają, oraz że wyjdą z kuracji tej w stanie poprawy. Część historyj chorób, traktująca o poprawach, jest zdaniem ref. jednak za bardzo szczupła. O ile np. autor podaje na str. 139/40 w jednym z opisów dokładnie ciśnienie krwi, chętnie widzielibyśmy w dalszym ciągu bardziej konkretne dane, niż słowa *„bedeutende Besserung"*.

Jeszcze słów kilka o części terapeutycznej pracy. Zawiera ona całą zbrojownię środków nieznanych młodszemu pokoleniu lekarskiemu nawet ze słyszenia. Szczególnie już środków wymiotnych tego rodzaju nie spotyka się w praktyce codziennej. Nie wiem, czy podawanie środków uspakajających, tak, jak w klinice psychjatrycznej, kryje w sobie większe niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia chorych, niż forsowne kuracje autora. O metodach *„Ablenkung auf die Haut"*, nie chcę mówić. Również nakłucie kauterem, (t. zw. *Accupunktur)* uważamy za trochę niepospolitą formę leczenia pozajelitowego białkiem. Autor i tabakę uważa za środek godny zalecania umysłowo chorym. Zdaniem jego, upiększonem dalszym cytatem Hufelanda, nadmiar środków narkotycznych zmienia furjatów w otępiałych. Przypomina nam to poniekąd często wypowiadane zdanie laików, iż chorzy na padaczkę ulegają otępieniu przez brom, który zażywają przez dłuższy czas. Jest jednak powszechnie znanem, że zatrucie przewlekłe środkami odurzającemi daje objawy zgoła inne. Reasumując uważam, że przed ostateczną oceną wartości metod Aschnerowskich musiałoby mieć miejsce krytyczne badanie eksperymentalne na wielką skalę. Jest bowiem rzeczą zbędną, dyskutować nad możliwościami jego terapji. Dane przedmiotowe autora są za szczupłe. Do tego badania będzie potrzebne oprócz cierpliwości i zapoznanie się dokładne z jego „Terapją Konstytucjonalną".

Praca wydana jest bardzo starannie, ozdobiona szeregiem fotografij chorych i napisana ładną niemczyzną.

Obständer (Bielsko).

Le Nystagmus Vestibulaires et les Réactions de mouvements. R. CLAOUÉ. Editions médicales Norbert Maloine. Paris 1933. 17 figures. 2 Planches en couleurs. Str. 64.

Broszura ta pojawiła się po raz pierwszy w r. 1918; obecnie spowodu zupełnego wyczerpania nakładu została przedrukowaną, przyczem Ch. Claoué, syn podaje, że — na życzenie ojca — „treść pozostała niezmienioną, aby zachować charakter podręcznika dydaktycznego i popularyzacyjnego". Nie uważam, by postępowanie to wyszło dziełu na korzyść. 15 lat, to długi okres, w czasie którego otjatrja wykazała poważny postęp. Toteż niektóre poglądy zawarte w pracy okazują się dziś przestarzałe, inne wymagają znacznego rozszerzenia i pogłębienia. Jednakowoż należy przyznać, że praca ta — może właśnie przez swój ogólny charakter — odznacza się niezwykłą jasnością i pro-

stotą — i jako taka stanowi doskonały wstęp do nauki o schorzeniach błędnika. W tym trudnym dziale, który stanowi zawsze ciężki orzech dla początkującego otjatry, pozostanie ta praca jeszcze przez długi czas doskonałym drogowskazem; dlatego należy powitać z zadowoleniem powtórne wydanie tego krótkiego, ale pouczającego dzieła.

J. Spira (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Studja nad tworzeniem się krwi. Nowa metoda dla wypróbowania środków leczniczych w niedokrwistości. WICHELS i HOEFER I. Klin. Wschr. Nr. 15, 1933.

Dotąd znamy dwie metody dla stwierdzenia wpływu pewnych środków na stany niedokrewności i jej leczenia. Patologowie posługują się doświadczeniem, w którem wywołują niedokrwistość u zwierząt w sposób różny, a następnie stosują pewne środki przyśpieszające odnowę krwi; szybkość tej odnowy jest wyrazem siły działania danego środka. Ujemną stroną tej metody jest niemożność przeniesienia wyników na człowieka. Klinicysta wypróbowuje swe środki lecznicze w przypadkach niedokrwistości różnego rodzaju i z przyśpieszenia odnowy krwi wnioskuje o wartości danego środka. Sposób ten jest bardzo niedokładny, bo trudno jest stwierdzić szybkość odnowy w każdym poszczególnym przypadku, nie znamy także stanu szpiku kostnego, od którego przecież zależy szybkość odnowy krwi. Otóż autorowie podjęli nową metodę dla określenia wpływu leczniczego środków na odnowę krwi, przyczem przedmiotem ich badania był zdrowy człowiek, zaś probierzem wzmagania się liczby retikulocytów. Nowość ich metody polega na tem, że jako probierzu użyli retikulocytów zdrowego człowieka z prawidłową liczbą ciałek czerwonych. W badaniach swoich posługiwali się wpływem arsenu na tworzenie się krwi. Otóż autorowie przekonali się, że toksyczne dawki wywołują znaczne pomnożenie retikulocytów we krwi. Przekonali się, że tylko u tych osób pojawiało się wzmożenie retikulocytów, które wykazywały objawy zwykłe działania arsenu w postaci bólów głowy i podrażnienia żołądkowo-jelitowego. A zatem arsen, stosowany w wysokich dawkach, powodował znaczne wzmożenie się we krwi retikulocytów. Granica ilościowa arsenu na liczby retikulocytów w krwi obwodowej wynosi mniejwięcej 0.0075 g. Stwierdzić też można pewną równoległość między wpływem na krew a działaniem toksycznem arsenu. Im działanie arsenu jest bardziej toksyczne, tem bardziej podnosi się liczba retikulocytów. Przy stosowaniu powoli podnoszonych dawek arsenu jednakże można zmniejszyć i złagodzić objawy jego trującego działania, przyczem działanie jego na tworzenie się krwi nie ulega osłabieniu.

W. Nowicki (Lwów).

Nowa choroba krwi. Konstytucjonalna trombopatja. A. WILLEBRAND i E. JUERGENS. Klin. Wschr. Nr. 11, 1933.

Morawitz i Jürgens opisali przypadek ciekawej skazy krwotocznej, w której, zdaniem ich, chodziło o niedostateczną aglutynację płytek krwi i tworzenie się zakrzepu, o właściwą tromboastenję. Podobne przypadki opisał Willebrand, oznaczając je jako rzekomą krwawiączkę *(pseudohaemophilia)*. Charakterystycznemi cechami są: samoistne krwotoki w skórze i błonach śluzowych, długie następowe krwawienie z ran, rodzinne pojawianie się, przedewszystkiem u kobiet, i prawidłowy obraz krwi. Chodzi tu także o tromboastenję. Glanzmann znowu zastosował to miano do innej grupy chorobowej krwi, spostrzeganej u 9 rodzin. Odznacza się ona skłonnością do krwawień z nosa, jelit, narządów rodnych, z ran (np. po wyrwaniu zęba). Co się tyczy krwi, to czas krzepnięcia jest prawidłowy, opóźnione ściąganie się skrzepu, prawidłowy czas krwawienia, prawidłowa liczba płytek, patologiczne postacie płytek, mianowicie brak ziarnistości azurowej, zasadochłonność pierwoszcza. Glanzmann uważał, że sprawa polega na braku nazwanego przez niego „retraktozymu". Chorobę nazwał „dziedziczną krwotoczną tromboastenja".

Wymienione spostrzeżenia autorów były powodem, że Willebrand przeprowadził rewizję w postaci ponownych dokładnych badań hematologicznych, mianowicie aglutynacji, czasu krzepnienia i ewentualnych innych zmian krwi, trzech wielkich rodzin krwawców z 23 członkami tychże rodzin. Wyniki tych badań doprowadziły go do stworzenia t. zw. konstytucyjnej trombopatji.

Autor stwierdził przedewszystkiem dziedziczność u mężczyzn i u kobiet, przyczem u kobiet sprawa była znacznie cięższą niż u mężczyzn, i niejednokrotnie śmierć ze skrwawienia. Autorowie stwierdzili związek dziedziczny w 4 pokoleniach. Naogół kobiety były częściej dotknięte. Już niewielkie urazy *(mikrotrauma)* powodowały krwawienia. Krwawienia pojawiały się w skórze, najczęściej jednak z nosa, bardzo charakterystycznie z dziąseł, jak w gnilcu, z narządów rodnych, przedłużenie miesiączki. Charakterystyczne były następstwa krwawienia, nawet po bardzo nieznacznych urazach.

W. Nowicki (Lwów).

Fizykalno-chemiczne podstawy skłonności do obrzęków w ciąży i otyłości. E. BARATH i P. WEINER (Budapeszt). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 125. S. 243—248.

Mimo braku obrzęków można stwierdzić w ciąży i otyłości skłonność do obrzęków, która według pojęcia Koranyi'ego i Farkasa polega na chwiejności lub zaburzeniu równowagi wielu czynników fizykalno-chemicznych, np. ciśnienie żylne i ciśnienie koloidoosmotyczne w naczyniach i poza naczyniami krwionośnemi. Przedstawiając wartości dla ciśnienia żylnego i koloidoosmotycznego w systemie rzędnych i odciętych, widzi się, że przypadki ze skłonnością do obrzęku w ciąży i otyłości leżą na pograniczu w t. zw. krytycznej strefie, między przypadkami normalnemi a przyp. z obrzękami.

H. Długosz (Lwów).

Naruszenie równowagi chlorków we wstrząsie operacyjnym. LEGUEU, FEY, PALOZZOLI, LEBERT. Posiedzenie Acad. de Méd. z 27. VI. 1933.

Zmniejszenie chlorków we krwi i moczu jest źródłem wielu zaburzeń pooperacyjnych. Nie następuje wtedy strata chlorków, lecz nieprawidłowe rozmieszczenie, a to w okolicy rany operacyjnej na niekorzyść reszty organizmu, co doświadczalnie zostało stwierdzone.

K. Czyżewski (Lwów).

Amoniak we krwi po pracy. H. KALK i A. BONIS. Ztschr. f. Klin. Med. B. 123. S. 731—741.

Często najwyższe wartości amoniaku we krwi nie występują bezpośrednio po pracy, lecz dopiero po 4—5 minutach. Dowodzi to, że amoniak wytwarza się dłużej, niż trwa praca, i że w przeważnej części amoniak wytwarza się dopiero w okresie spoczynku.

H. Długosz (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Leczenie ch. Addisona wyciągami z kory nadnerczy (cortine). G. KREUZWENDEDICH von dem BORNE. (Amsterdam). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 125. S. 249—266.

Podanie domięśn. 1—5 $\times$ dz. 5 cm^3 wyciągu z kory nadnerczy wyrobu Organon *(Cortine)* w jednym przypadku ch. Addisona pozostało bez skutku. Sekcyjnie stwierdzono obustronne zniszczenie nadnerczy przez raka. W drugim przypadku stosowanie dożylne bądź domięśn. (10+10 lub 10+15 cm^3) poprawiło ciężki stan chorej tak znacznie, że może wykonywać lekką pracę. Poprawa utrzymuje się już 10 miesięcy. Przebarwienie skóry i niskie ciśnienie krwi pozostały. Dawkowanie kortyny jest następujące: w kryzach 50 cm^3 dzien. dożylnie w dawkach rozdzielonych. Po kilku dniach, gdy stan poprawi się, zwolna obniżyć ilość do 20 cm^3 dz. i wstrzykiwać domięśn. W przypadkach korzystnych można ostrożnie zejść do 10 nawet 5 cm^3 dz. jednorazowo domięśn. W przyp. lżejszych zaczynać od 20 cm^3, w lekkich nawet 10 cm^3 dzienn. domięśn. A. przestrzega przed zbyt szybkiem zmniejszaniem ilości wyciągu, gdyż po następowem pogorszeniu trzeba podać dla poprawy stanu większe ilości wyciągu niż przed pogorszeniem (podobieństwo do insuliny). Stosowanie doustne bezskuteczne. 1 cm^3 wyciągu odpowiada 30 g kory nadnerczy.

H. Długosz (Lwów).

Myalgja: F. KRAUPL. Med. Klin. Nr. 27, 1933.

Myalgja jest tylko dowodem, że jakiś czynnik szkodzący zadziałał bądźto na jeden mięsień lub grupę mięśni. Te czynniki szkodzące są albo wewnętrzne np. podłoże reumatyczne lub zewnętrzne, jak zmiana ciepłoty, wilgotności otoczenia, nagły wielki wysiłek mięśni i nagromadzenie się w nich jadów wywołujących „zmęczenie", zastój żylny, wpływy toksyczno-infekcyjne, wreszcie odruchowe przy schorzeniach kości, trzewi i stawów znajdujących się w najbliższym sąsiedztwie. Za częste przyjmowanie tła reumatycznego wydaje się autorowi niesłusznem. Klinicznie poza bólem stwierdza się zmianę napięcia mięśni, zmian jednak mikroskopowych nie udało się stwierdzić. Przyczyna myalgji dzisiaj dokładnie nie jest znaną, jakkolwiek teoryj tłumaczących ją jest kilka.

Z. Godlowski (Kraków).

Wprowadzanie lipjodolu do tchawicy przez nos. G. ROSSEL. Pres. Méd. Nr. 24. 1933.

Autor opisuje technikę tego zabiegu. Znieczula drogi oddechowe przez rozpylenie przez nos w czasie wdechu 2—3 cm³ 2% kokainy i dodatkowo znieczula tchawicę przez dotchawicowy zastrzyk 2 cm³ tego roztworu, wprowadza przez nos kateter Nélatona Nr. 15 lub 16 do 28 cm długości i wstrzykuje 20 cm³ lipjodolu u pacjenta ułożonego na tym boku, który ma być zbadany. Metoda ta jest prosta, jest zupełnie bezpieczna, wymaga małej ilości środka znieczulającego i jest bardzo dobrze znoszona przez chorego. Tym sposobem można też wprowadzać środki lecznicze jak np. oliwę gomenolową. *Skowroński* (Lwów).

Poblonicze zwężenie przełyku. L. KRAUS. Med. Klin. Nr. 11, 1933 r.

U 2-letniego dziecka w 10 miesięcy po przebyciu błonicy przełyku, przebiegającej zresztą łagodnie, rozwinął się w pełni obraz zwężenia przełyku. Zwężenie cylindryczne usadowione w górnym odcinku przełyku długi czas kryło się przed okiem rentgenologa. Stałe zgłębnikowanie „bez końca“ w niedługim czasie spowodowało znaczną poprawę. W zwężeniach przełyku powstałych czyto po owrzodzeniach czy po oparzeniach poleca autor po wygojeniu się ubytków szybko przejść do rozszerzania przełyku zgłębnikiem. *Godlowski* (Kraków).

Oddech Cheyne-Stokesa a niedomoga serca. E. RONALD i S. WASSERMANN. Ztschr. f. Klin. Med. B. 123. S. 742—748.

Na podstawie 35 przyp. niedomogi serca z oddechem Cheyne-Stokesa (wszystkie przypadki badane sekcyjnie) autorowie dochodzą do wniosku, że oddech Cheyne-Stokesa u chorych sercowych trzeba brać jako objaw niedomogi lewej komory. Wystąpienie odd. Ch.-St. przy niedomodze prawego serca świadczy o równoczesnej niedomodze serca lewego (wykluczyć centralnego pochodzenia odd. Ch.-St.). *H. Długosz* (Lwów).

Przypadek tętniaka tętnicy płucnej. A. KAEPPELI. Ztschr. f. klin. Med. B. 123. str. 603—619.

Autor przedstawia obraz kliniczny i anatomiczny tętniaka tętnicy płucnej u 71-letniej kobiety, u której spowodu znacznej rozedmy płuc wystąpiła miażdżyca tętnicy płucnej, potem tętniak jej i wreszcie zejście śmiertelne spowodu pęknięcia tętniaka. Do znanych objawów (wypuklenie i tętnienie w 2. lew. przestrz. międzyżebr., szmer. wyczuwalny ręką w tem miejscu, rozszerzenie stłumienia serca na prawo, szmer skurczowy nad tętnicą płucną, zastój żylny, wypuklenie łuku tętnicy płucnej w obrazie Rtg.) dołącza autor nowy: zwężenie oskrzela spowodu ucisku tętniaka. Rozpoznanie za życia możliwe. *H. Długosz* (Lwów).

Grzybica płuc z objawami klinicznemi i radjologicznemi ropnia płuc. P. AIMÉ, P. CEUZÉ i H. KRESSER. Pres. Méd. Nr. 37. 1933.

Przypadek grzybicy płuc był wywołany przez pędzlaka, *Penicillium crustaceum*, który był dotąd uważany za niechorobotwórczego. Charakteryzował się długotrwałym przebiegiem, ponieważ sprawa chorobowa ciągnęła się przez 32 lat i prawdopodobnie zaczęła się suchem zapaleniem opłucnej, doprowadzając sczasem do obrazu klinicznego i rentgenologicznie przypominającego ropień płuc. Rozpoznano dopiero przez wykazanie grzybni w plwocinie i wyhodowanie grzybka. *Skowroński* (Lwów).

Dusznica bolesna i niedotlenienie mięśnia sercowego. D. DIETRICH i H. SCHWIEGK (Berlin). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 125. S. 195—242.

Wychodząc z doświadczeń na zwierzętach, badali autorzy wpływ niedotlenienia mięśnia sercowego na krzywą Ekg. Okazało się, że występują jednakowe zmiany w krzywej Ekg. u ludzi zdrowych przy niedotlenieniu krwi wskutek znacznego obniżenia ciśnienia barometrycznego w komorze oddechowej lub wskutek oddychania mieszanką 8% tlenu i 92% azotu, u ludzi zdrowych po maksymalnej pracy i po lekkiej pracy przy niedotlenieniu; wreszcie w czasie samoistnego napadu dusznicy bolesnej i u chorych z dusznicą bolesną po niedotlenieniu krwi i po pracy (równocześnie napad dusznicy bolesnej). Zmiany krzywej Ekg. polegają na spłaszczeniu wychylenia następowego we wszystkich odprowadzeniach, w dalej posuniętem niedotlenieniu wychylenie następowe jest ujemne w 3, a potem w 2 odprowadzeniu, niekiedy wysokie dodatnie *T*, odchodzące wysoko od wychylenia początkowego. Po doprowadzeniu potrzebnej ilości tlenu zmiany ustępują szybko i zupełnie; natomiast podanie środków rozszerzających naczynia wieńcowe serca nie ma wpływu. Stąd wniosek, że ból dusznicowy i zmiany Ekg. w dusznicy spowodowane są niedotlenieniem m. sercowego. Dalsze badania będą pomocne dla prognozy. Na podstawie powyższych badań leczenie polegać winno na zapobieganiu stanom niedotlenienia mięśnia sercowego przez unikanie nadmiernych, gwałtownych wysiłków i stosowania środków rozszerzających naczynia wieńcowe, z drugiej strony racjonalne ćwiczenie terenowe i zabiegi hydroterapeutyczne, mające na celu wytworzenie krążenia obocznego do niedokrwionego obszaru. Zwolnienie akcji serca wpływa korzystnie na ukrwienie m. serca (*digitalis*). Korzystnie wpływa usunięcie odruchów do nerwu błędnego, idących z przewodu pokarmowego i ze samego układu krwionośnego (wysokie ciśnienie). Operacyjne leczenie, mające na celu zniszczenie dróg czuciowych, jest nieracjonalne, gdyż ból dusznicowy jest sygnałem niedotlenienia mięśnia sercowego i znakiem do zaprzestania dalszej pracy. *H. Długosz* (Lwów).

Bezsoczność żołądka. JAC. J. DE JONG. Pres. Méd. Nr. 38. 1933 r.

Przez absolutną bezsoczność, a raczej słuszniej bezkwaśność, bo oznacza się tylko HCl, rozumie się w myśl określenia Katscha taki stan, kiedy nawet po histaminie żołądek nie jest w stanie wydzielić soku (kwasu solnego). Otóż autor obserwował 4 przypadki, które po różnych próbnych śniadaniach, a nawet po zastrzyku histaminy okazały się bezsoczne (w jednym przyp. po histaminie stwierdził niskie wartości dla kwasu solnego). Dopiero po obiedzie próbnym (Riegel i Leube) można było wykazać dość znaczną zawartość kwasu solnego, dlatego autor jest zdania, że sama próba histaminowa nie wystarcza do stwierdzenia absolutnej bezsoczności czy bezkwaśności żołądka. *Skowroński* (Lwów).

Ropowica żołądka jako powikłanie płonicy. BEDRNA i Z. PŘIKRYL. Časop. Lék. Česk., z. 10, 1933.

Autorzy stwierdzili u 10-letniej dziewczyny, już szóstego dnia po wystąpieniu wykwitów płoniczych objawy ostrej ograniczonej ropowicy żołądka. Ropowica zajęła całą krzywiznę małą żołądka oraz przylegającą część ściany żołądka. Zapalenie wywołane paciorkowcami rozszerzało się drogą chłonną na otrzewnę, następstwem czego był ograniczony ropień pomiędzy żołądkiem a wątrobą. Ropień otworzono i drenowano. Pomimo to w 10-tym dniu od stwierdzenia płonicy chora umiera wśród objawów ostrej posocznicy. Przy sekcji znaleziono zmiany ropowicze miernego stopnia na woreczku żółciowym. Autorzy rozdzielają zapalne zmiany w żołądku przy płonicy na dwie grupy: 1) *gastritis pseudomembranacea necroticans*, 2) rzadziej występujący naciek ropowiczy całej ściany żołądka. Autorzy podają przegląd patogenezy oraz obraz kliniczny tego rzadkiego powikłania płonicy. Objaśniają mechanizm powstania objawu Deinigera, bardzo wyraźnego u chorej (samoistny i uciskowy ból znika w pozycji siedzącej. Z tego powodu chorzy na ropowicę żołądka przeważnie siedzą na łóżku i nie znoszą pozycji poziomej). *Unger* (Lwów).

Okrężniczy zespół chorobowy. K. AMERLING. Praktický Lékař. Z. 2—3, 1933.

Syndrome côlopathique jest zdaniem autora schorzeniem bardzo częstem, prawie tak częstem, jak gruźlica płuc. Podobnie bowiem, jak płuca narażane są codziennie na zakażenie z powietrza, tak i jelito codziennie drażnione jest nieodpowiednim pokarmem. A podobnie, jak snadniej ulegają zakażeniu gruźliczemu osobnicy z rodzin gruźliczych, tak i jelito człowieka, pochodzącego z rodziny cierpiącej na ten zespół, mniej odporne jest na ciężko strawne potrawy. Autor dowodzi, że zwłaszcza w Czechach zespół ten występuje bardzo często spowodu ciężkostrawnej narodowej czeskiej kuchni oraz obfitego konsumowania alkoholu. Kuchnia czeska i w restauracjach jest ciężką nietylko spowodu rodzajów potraw, lecz też spowodu ich przyprawiania (knedle śliwkowe, zimowe *„zabijačky“*, wędliny). Obok tej ciężkiej kuchni przyczynia się do rozszerzania tej choroby jeszcze nierozpoznawanie tego schorzenia oraz brak celowego leczenia. Główna wina, zdaniem autora, polega w nastawieniu lekarzy, których myślenie opiera się jeszcze na starym poglądzie anatomo-patologicznym, przeciwko któremu walczył już (lecz nadaremnie) Purkinje. *Syndrome côlopathique* jest zaś chorobą, na którą się nie umiera i przez to nie jest łatwo dostępną badaniom anatomo-patologicznym. Jedynie sposobami fizjologji patologicznej można naukowo badać i rozpoznawać tę chorobę. Ten sposób myślenia nie zakorzenił się jeszcze w szeregach lekarzy, aczkolwiek Czechosłowacja posiada już 3 katedry, które propagują „tę naukę przyszłości“, i z tego powodu dużo jeszcze czasu upłynie, zanim ta choroba, nawskróś fizjologiczna, znajdzie między lekarzami pełne zrozumienie.

Syndrome côlopathique jest pojęciem klinicznem (stworzonem przez szkołę francuską; Dieulafoy (pierwszy), Tripier, Gleinard,

Brulé i Garban, Caussade), charakteryzuje się następującemi objawami: a) bólami w przebiegu jelita grubego, b) zmianami stolca (biegunki, zatwardzenie), c) zmianami brzucha (wzdęcie, bolesna okrężnica, przy obmacywaniu zgrubiała lub naodwrót skurczona w twardy powróz), d) objawami ogólnemi (częste zwyżki ciepłoty do 38° lub nawet ponad 38°), e) objawami odruchowemi, wywołanemi podobnie jak d) jadowitemi produktami, powstałemi przy uszkodzeniu trawienia w schorzałem jelicie (zawroty głowy, nudności, bóle w udach, napady dusznicy bolesnej lub *asthma cardiale)*. Objawy te odruchowe (praktycznie najważniejsze) pochodzić mogą od żołądka, *(reflexes gastro-coliques)*, płuc, wątroby, woreczka żółciowego, układu nerwowego, narządu krążenia.

Leczenie: 1) kąpielami (Vichy i Vittel, Karlovy Vary), 2) hydroterapja, 3) masaże grubego jelita, 4) naświetlanie soluksem brzucha, 5) z leków są 3 grupy: a) działająca swoiście na wątrobę i jelito *(boldin*, glukozyd i *phlobaphene*, przetwór taniny. Oba ciała u nas nieznane), b) działające dezynfekcyjnie na treść jelitową, c) *laxantia*, 6) dieta (najważniejsze).

Ungar (Lwów).

Rozpoznanie woreczka żółciowego wypełnionego ropą i gazem. J. SIMON. Pres. Méd. Nr. 102. 1932.

Autor podaje obserwację kliniczną ostrego zapalenia woreczka żółciowego. Zdjęcie rentgenowskie wykazało woreczek żółciowy wypełniony gazem. Zdjęcia w następnych dniach pozwoliły śledzić rozwój tej *cholecystitis gangraenosa*. Postępujące zniszczenie ściany woreczka żółciowego skłoniło do jego wycięcia. Następnie autor omawia różniczkową diagnostykę rentgenowską i podkreśla rzadkość tego rodzaju schorzenia rozpoznanego i obserwowanego za życia. *Skowroński* (Lwów).

Doustna cholecystografja. MARJA RICHTMANN-SCHÖN. Liječnički Vjesnik. Nr. 6, 1933.

Na podstawie 281 doustnych cholecystografij, z których 50 było potem operowanych, zachwala autorka ten sposób, jako dający dobre obrazy a wolny od niedogodności dożylnego stosowania. *Leszczyński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

IV. Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego we Lwowie. 6—7 listopada 1933 r.

Po oficjalnych przemówieniach prezes Pol. Tow. Ortopedycznego doc. dr. Wojciechowski (Warszawa) powitał serdecznie gościa z Czechosłowacji prof. Zahradnička, który wygłosił po czesku wykład o leczeniu ciężkich zwichnięć stawu biodrowego u starszych dzieci przy pomocy częściowego wycięcia kości udowej; w ten sposób omijał przykurcz mięśniowy, którego już nie dało się pokonać; oba odłamy kości udowej łączył przy pomocy płytek metalowych; wyniki demonstrował przeźroczami, czynność uzyskiwał dobrą.

Pierwszy temat główny: *Opieka nad kalekami w Polsce* opracowali dr. M. Kosiński (Kraków), dr. H. Cetkowski (Poznań), dr. W. Reklewski (Warszawa), i nacz. wydziału Min. Opieki Społ. K. Świerczewski (Warszawa). Referenci przedstawili wielkie braki w tym zakresie na terenie Polski i omawiali wytyczne do ustawy, jaką opracuje Ministerstwo Opieki Społecznej.

Drugi temat główny: *Operacje wytwórcze stawów* omówili doc. dr. A. Gruca (Lwów), dr. J. Zaremba (Kraków), doc. dr. A. Wojciechowski (Warszawa). W dyskusji przemawiał doc. dr. Raszeja (Poznań). Z przedstawionych doświadczeń klinicznych wynika, że dział ten chirurgji ortopedycznej przeżył już młodzieńczy okres entuzjazmu. Wskazania do uruchomienia stawów stawia się bardzo ostrożnie; przy wielostawowych zesztywnieniach gośćcowych należy się liczyć z wynikami bardzo miernemi. Raszeja wyklucza nawet wszystkie schorzenia gruźlicze stawów od prób uruchamiania, podczas gdy Gruca próbował kilkakrotnie zabiegu wytwórczego przy świeżej gruźlicy łokcia. Wyniki najlepsze dają operacje na biodrze, średnie na innych stawach. Poza wskazaniami szerzej omawiano sprawę wycinania torebki przed wykonaniem właściwej plastyki; pozostawienie torebki naraża chorego na bóle dokuczliwe przy żmudnych i długotrwałych ćwiczeniach gimnastycznych, jakie są nieodzowne do wytworzenia nowego stawu po plastyce. Raszeja przedstawił swoje wyniki doświadczalne na zwierzętach, które wskazują na obfite unerwienie torebki. Większość mówców usuwa torebkę z zasady, w przeciwieństwie do szkoły krakowskiej. Lwowscy ortopedzi Gruca i Sołtysik ilustrowali wyniki po operacjach wytwórczych pokazami chorych.

W dziale tematów luźnych przedstawił Gruca kilka francuskich sposobów operacyjnych z własnemi modyfikacjami: usztywnienie kręgosłupa Albee'go, plastyka wyrostka kruczego Oudard'a; Sołtysik pokazał chorego z nawykowem zwichnięciem barku, leczonego sposobem Wahla; obaj prelegenci uważają podane metody za bardzo celowe. Dr. Kalina (Warszawa) pokazał bardzo przejrzyste preparaty stawu kolanowego i omówił wyniki leczenia złamań łękotek przez wycięcie części oderwanej, cięcia używa podłużnego przedniego, w razie złamania tylnego rogu łękotki dodaje cięcie tylne. Zaremba omówił metodę Galeazzie'go leczenia garbów bocznych, wyniki po jej zastosowaniu uzyskiwał dość dobre i spodziewa się rozbudowania jej w przyszłości.

W dziale przyrządów i aparatów przedstawił dr. Tennenbaum (Lwów) protezę przy odjęciu uda wykonaną z duraluminjum według wzorów angielskich; lekka i wygodna przy długich kikutach chroniona jest licznemi patentami tak, że wprowadzenie jej wytwarzania w kraju natrafia na wielkie trudności; w dyskusji zgodzono się, że jest to typ, który zasługuje na obszerne opracowanie i rozwinięcie. Dr. Janik (Iwonicz) przedstawił bardzo celowy aparat do diatermo-jonoforezy i diatermo-galwanizacji własnego pomysłu; omówił wskazania do stosowania tego aparatu w ortopedji i przedstawił zachęcające wyniki otrzymane przy kilkuletniem posługiwaniu się tą metodą. Raszeja pokazał przyrząd ssący do leczenia obrzęków i zaburzeń naczyniowo-ruchowych podudzi.

Równocześnie ze Zjazdem otwarto bardzo skromną wystawę: łóżka szpitalne pozwalające na zmianę pozycji chorego, pomysłu doc. Grucy i prof. Ostrowskiego wykonane przez wytwórnie lwowskie i stół operacyjny ortopedyczny pomysłu dra Zielińskiego (Poznań) znany z Wystawy wrześniowej poznańskiej.

Podczas Zjazdu odbyło się Walne Zgromadzenie Członków, na którem postanowiono: wystąpić z prośbą do czynników rządowych o wykonanie ustawy w sprawie opieki nad kalekami, ułomnymi i inwalidami, o organizowanie zakładów wychowawczo-leczniczych dla ułomnych, oraz w sprawie otwarcia katedr ortopedji przy uniwersytetach polskich.

Nazwę „Polskie Tow. Ortopedyczne" postanowiono zmienić na „Polskie Tow. Ortopedyczne i Traumatologiczne".

K. Czyżewski (Lwów).

Protokół plenarnego posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Opieki Społecznej, które się odbyło w dniu 24 kwietnia 1933 r. w Ministerstwie Opieki Społecznej.

Zebranie otwiera P. Minister Opieki Społecznej Dr. Stefan Hubicki, który w przemówieniu swem zaznacza dążność do skupienia agend zdrowia w jednym resorcie, co już zostało zapoczątkowane, poczem składa przewodnictwo w ręce Dr. Eugenjusza Piestrzyńskiego, Podsekretarza Stanu.

1. Przyjęto bez poprawek protokół posiedzenia plenarnego Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 30 maja 1932 r.

2. Sprawozdanie z działalności sekcyj Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia za czas od dnia 30 maja 1932 r. do dnia 24 kwietnia 1933 roku.

Dr. Jan Adamski, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, przedstawia stan prac sekcyj za wyżej wymieniony czasokres.

Na posiedzeniu plenarnem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, odbytem w dniu 30 maja 1932 r., zostały wyłonione następujące sekcje:

1) administracyjna, 2) do spraw walki z gruźlicą, 3) do spraw walki z chorobami wenerycznemi, 4) do spraw walki z chorobami zakaźnemi, 5) do zwalczania raka, 6) do zwalczania chorób zawodowych, 7) do spraw szpitalnictwa, 8) do spraw zdrojowisk i uzdrowisk, 9) do międzynarodowych spraw sanitarnych, 10) do spraw pielęgniarstwa, 11) do walki z alkoholizmem, 12) farmaceutyczna.

Z 12 sekcyj w ciągu roku obradowało 8 sekcyj, które odbyły 17 posiedzeń, a mianowicie:

Sekcja Administracyjna:

a) 10 czerwca 1932 r.; na porządku dziennym był projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych o chowaniu zmarłych i o stwierdzaniu przyczyny zgonu, które ma być wydane w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego,

b) 9, 17 i 30 listopada 1932 r. oraz 25 stycznia 1933 r. Sekcja obradowała nad projektem ustawy o Izbach lekarskich.

c) 3 lutego 1933 r. na porządku dziennym był projekt rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej, mającego być wydanem w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych, o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Sekcja do spraw walki z gruźlicą: 22 listopada 1932 r. Na porządku dziennym:

1) stan obecny pomocy leczniczej w przychodniach przeciwgruźliczych,

2) zakres leczenia w przychodniach przeciwgruźliczych ze szczególnem uwzględnieniem odmy sztucznej, stosowanej ambulatoryjnie.

Sekcja do spraw walki z chorobami zakaźnemi: w dniu 23 marca r. b. Na porządku dziennym: dur brzuszny w Warszawie.

Sekcja do zwalczania chorób zawodowych: w dniu 11 stycznia r. b. Na porządku dziennym: Projekt rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej, Ministra Przemysłu i Handlu oraz Ministra Rolnictwa i Reform Rolnych, zmieniającego rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ministra Przemysłu i Handlu oraz Ministra Rolnictwa z dnia 17 grudnia 1928 r. w sprawie wykonania niektórych postanowień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 676).

Stan higieny psychicznej u nas i zagranicą, jej najbliższe zadania i próby ich realizacji.

Sekcja do spraw zdrojowisk i uzdrowisk: w dn. 18 stycznia r. b. Na porządku dziennym:

1) Najnowsze zdobycze inwestycyjne w zdrojowiskach w zakresie sanitarno-leczniczym.

2) Rażące braki w zdrojowiskach polskich.

3) Badania naukowe wód mineralnych źródeł polskich ze szczególnem uwzględnieniem źródeł państwowych.

4) Popularyzacja leczenia w zdrojowiskach.

Sekcja do międzynarodowych spraw sanitarnych:

a) w dniu 17 lipca 1932 r.:

1) projekt konwencji o zwalczaniu gorączki dengue,

2) projekt międzynarodowej konwencji sanitarnej, dotyczącej żeglugi powietrznej;

b) w dniu 21 grudnia 1932 r.:

W dalszym ciągu projekt międzynarodowej konwencji sanitarnej, dotyczącej żeglugi powietrznej.

Sekcja do spraw pielęgniarstwa: w dn. 16 grudnia 1932, 13 i 24 stycznia r. b. Na porządku dziennym: Projekt ustawy o pielęgniarstwie.

Sekcja do zwalczania alkoholizmu: w dn. 24 czerwca 1932 r. Na porządku dziennym:

1) sprawa organizacji walki z alkoholizmem na terenie całego Państwa,

2) sprawa organizacji lecznictwa alkoholików;

w dniu 14 grudnia 1932 r.:

1) w jaki sposób w obecnych warunkach można prowadzić naukę alkohologji,

2) sprawozdanie komisji z opracowania wniosków, zgłoszonych na posiedzeniu Sekcji w dn. 24 czerwca 1932 r.

3. Projekt ustawy o Izbach Lekarskich.

P. Wojnarski, referendarz, Zastępca członka Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, przedstawia w zarysie główne zmiany dotychczasowej ustawy, które zostały wprowadzone do nowego projektu ustawy o Izbach lekarskich.

Po referacie p. Wojnarskiego Przewodniczący otworzył dyskusję ogólną nad projektem ustawy.

Prof. Dr Ciechanowski w zasadzie uznaje projekt za odpowiadający życzeniom świata lekarskiego, podnosi jedynie uwagi w następujących sprawach:

1) co do art. 7 ust. 2 Prof. Ciechanowski wnosi, aby obowiązek należenia do Izby lekarskiej obejmował również lekarzy niepraktykujących z tem, że Izbie lekarskiej będzie przysługiwało prawo zwolnienia od tego obowiązku;

2) co do art. 4 pkt. c, by zakładanie i prowadzenie instytucyj naukowych nie było przyznane Izbom; natomiast pozostawić Izbom jedynie prawo inicjowania i popierania;

3) wobec możliwości dekoncentracji uprawnień Ministra Opieki Społecznej w zakresie wykonywania nadzoru nad Izbami lekarskiemi na Wojewodów, Prof. Dr. Ciechanowski wypowiada się przeciwko temu, uważając, że zasadniczy nadzór nad Izbami sprawuje Naczelna Izba Lekarska, a Minister winien sprawować nadzór za pośrednictwem Naczelnej Izby Lekarskiej;

4) w związku z tem, że nowa ustawa będzie obejmować i Woj. Śląskie Prof. Dr. Ciechanowski wnosi, by Ministerstwo nie powoływało samodzielnej Izby śląskiej, lecz przyłączyło ją do jednej z istniejących sąsiednich izb.

Następnie Przewodniczący otworzył dyskusję kolejno nad poszczególnemi artykułami, zaznaczając, że brak uwag do poszczególnych artykułów będzie uważany za ich przyjęcie w brzmieniu projektu.

Do art. 2.

Prof. Dr. Nowicki proponuje w ustępie drugim wyrazy „po zasięgnięciu opinji Naczelnej Izby Lekarskiej" zastąpić wyrazami „w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską".

Przewodniczący wyjaśnił, że w ustawie nie może być tego rodzaju wniosek uwzględniony, gdyż porozumienie może dotyczyć tylko władz.

Prof. Dr. Ciechanowski proponuje użycie wyrazów „na wniosek".

Prof. Dr. Szmurło przyłącza się do opinji Prof. Dr. Ciechanowskiego.

Referent sprawy wyjaśnia, że wniosek nie może być uwzględniony z tego względu, że uwzględnienie ostatniej poprawki uniemożliwiłoby inicjatywę Ministra.

Wobec powyższego przyjęto art. 2 w brzmieniu projektu.

Do art. 4.

Zabierają głos: Prof. Dr. Nowicki, Prof. Dr. Gantkowski, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Poratyński, Prof. Dr. Gluziński, Dr. Orzechowski, Minister Dr. Chodźko.

Do art. 7. zabierają głos: Prof. Dr. Nowicki, Dr. Orzechowski, Prof. Dr. Szmurło.

Prof. Dr. Ciechanowski ma zastrzeżenia co do określenia „wykonywujący praktykę lekarską", zapytuje, czy np. czynność profesora histologji podpada pod pojęcie praktyki lekarskiej.

Zastępca Dyrektora Dep. Sł. Zdrowia Dr. Ostromęcki proponuje dodanie wyrazów „w rozumieniu ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej".

Prof. Dr. Gantkowski proponuje, by na listę członków Izby lekarskiej byli zapisani wszyscy lekarze, mający dyplom lekarski.

Prof. Dr. Gluziński oponuje, uważając obowiązek taki dla profesorów niepraktykujących za bardzo uciążliwy pod względem materjalnym.

Przewodniczący zaznacza, że Ministerstwo rozpatrzy ewentualną możność rozszerzenia zakresu obowiązku należenia do Izby lekarskiej na wszystkich lekarzy, posiadających prawo wykonywania praktyki lekarskiej, z tem, że sprawa obowiązku należenia do Izb lekarskich lekarzy, niewykonywujących praktyki lekarskiej, zostanie ponownie rozważona.

Art. 8.

Prof. Dr. Nowicki proponuje wstawić jako art. 8 przepis, iż izby lekarskie obowiązane są podawać do wiadomości władz państwowych nazwiska tych osób, które wykonywują praktykę lekarską, a prawa tego nie posiadają.

Przewodniczący zaznaczył, iż to jest zbędne, gdyż Izby lekarskie bez tych postanowień mają to prawo na zasadzie art. 4.

Ponadto stawiają wnioski Dr. Szmurło i Dr. Orzechowski.

Do art. 9.

Prof. Dr. Ciechanowski proponuje zmienić ustęp drugi w tym kierunku, by wykreślenie lekarza z listy członków nie powodowało utraty wszelkich uprawnień finansowych i tem samem nie narażało rodziny lekarskiej na przykre konsekwencje.

Dr. Poratyński przyłącza się do zdania Prof. Dr. Ciechanowskiego.

Prof. Dr. Szmurło zapytuje, czy słusznem jest, by np. lekarz ubezwłasnowolniony tracił wszelkie prawa wskutek wykreślenia z listy członków Izb lekarskich.

Zastępca Dyr. Dep. Sł. Zdrowia Dr. Ostromęcki wyjaśnia, że sprawy zabezpieczenia rodzin lekarskich będą mogły być unormowane szczegółowo w statutach instytucyj ubezpieczeniowych.

Po przedyskutowaniu szeregu dalszych artykułów p. Minister Dr. Chodźko w imieniu Izb lekarskich dziękuje za przychylne ustosunkowanie się Ministerstwa do postulatów Izb przy uzgadnianiu projektu ustawy.

4. *Projekt ustawy o pielęgniarstwie.*

Dr. Przywieczerski, Naczelnik Wydziału, referuje projekt ustawy o pielęgniarstwie, wskazując na główne wytyczne projektu.

Przewodniczący, otwierając ogólną dyskusję, podaje genezę projektu, zaznaczając, iż wydanie ustawy staje się obecnie rzeczą konieczną.

Prof. Dr. Gantkowski wskazuje, iż muszą być 2 typy pielęgniarek, mówca zapytuje, co będzie z temi, co nie posiadają cenzusu.

Dr. Szulc, Naczelny Dyrektor Państwowego Zakładu Higjeny, przyłącza się do opinji Prof. Dr. Gantkowskiego o konieczności stworzenia norm dla niższego typu pielęgniarek; należy również unormować sprawę pielęgniarzy mężczyzn.

Prof. Dr. Szmurło zaznacza, że siły pielęgniarskie żeńskie, jak również męskie są potrzebne, wobec czego należy tworzyć szkoły dla pielęgniarek i pielęgniarzy; jako przygotowanie do szkoły pielęgniarstwa szkoła powszechna w zupełności wystarczy; ewentualnie można zamiast ukończenia szkoły żądać od pielęgniarek lub pielęgniarzy złożenia odpowiedniego egzaminu.

Dr. Kłuszyński, przedstawiciel Związku Kas Chorych zaznacza, że cenzus naukowy winien być zmniejszony.

P. Minister Dr. Chodźko stwierdza, że komisja przy Naczelnej Izbie Lekarskiej wypowiedziała się za projektem ustawy, Naczelna Izba Lekarska również wypowiedziała się za wyłącznością pracy pielęgniarskiej tylko dla kobiet, aby uniknąć stworzenia felczerów; w szpitalach dla umysłowo chorych potrzebna jest tylko niższa służba męska.

Mówca wskazuje na wzrost liczby pielęgniarek w Ameryce, która to liczba dochodzi do 150.000 pielęgniarek, jeżeli zaś chodzi o felczerów, to nie można się zgodzić z argumentem, że felczerzy są potrzebni, gdyż niektóre dzielnice, jak Małopolska i województwa zachodnie, nie znają felczerów. Mówca wskazuje, że możemy kształcić niższy i wyższy typ pielęgniarek, ale należy wyraźnie te dwa typy rozgraniczyć.

Prof. Dr. Ciechanowski popiera zdanie p. Ministra Chodźki, że nie należy tworzyć wyższego typu pielęgniarza, wystarczy służba męska lub dozorca.

Prof. Dr. Szmurło zaznacza, że nie walczy o typ pielęgniarza. Państwo może nie zakładać szkół dla pielęgniarzy, ale Państwo nie powinno ustawowo ograniczać możności mężczyznom wykonywania pracy pielęgniarskiej.

Ponadto, zdaniem mówcy, wymagany cenzus dla przyjęcia do szkoły pielęgniarskiej jest zbyt wysoki; należy zniżyć do obowiązku ukończenia szkoły powszechnej, ewentualnie minimum wieku do przyjęcia do szkoły przesunąć z 18 lat do 20.

W ramowej ustawie należy zaznaczyć, że ustawa ta dotyczy pielęgniarek, jak również pielęgniarzy.

Dr. Kłuszyński wypowiada się również za dopuszczeniem mężczyzn do pracy pielęgniarskiej, obniżeniem cenzusu i zwiększeniem granicy wieku.

Dr. Ostromęcki, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, podkreśla wartość społeczną pielęgniarek; mężczyźni nie nadają się do tej pracy; w związku zaś z rozwojem medycyny zapobiegawczej tworzą się ośrodki zdrowia, w których mogą pracować tylko pielęgniarki, nie zaś pielęgniarze; ponadto przy istniejącej tradycji felczerów tworzenie pielęgniarzy może być niepożądane, jako tworzenie nowego zastępu felczerów.

Mówca wypowiada się za tworzeniem typu pielęgniarki z wyższem wykształceniem.

Prof. Dr. Karwowski uważa, iż personel niższy męski szpitalny jest również potrzebny i należy się tą sprawą zająć.

Przewodniczący otwiera dyskusję nad kolejnemi artykułami projektu ustawy.

W wyniku dyskusji Rada wypowiedziała się za przesłaniem projektu ustawy Sekcji do spraw pielęgniarstwa celem ponownego rozważenia.

5. Zebranie uchwaliło przekazać wnioski, opracowane przez Komisję, wyłonioną na posiedzeniu Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk w dniu 18 stycznia 1933 r., Sekcji uzdrowiskowej celem rozważenia i powzięcia uchwał.,

7. *Wolne wnioski:*

a) Na wniosek Prof. Dr. Ciechanowskiego uchwalono powołać do Sekcji do zwalczania alkoholizmu szereg członków kooptowanych.

b) Uchwalono powołać do życia Sekcję higjeny psychicznej.

Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*
Przewodniczący: *Dr. E. Piestrzyński.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Uroczyste otwarcie roku akademickiego na Uniwersytecie Paryskim, w którem wziął udział Prezydent Republiki Lebrun i Minister Oświaty de Monzie uświetnione zostało nadaniem doktoratów honorowych. Z lekarzy doktorat otrzymał Harvey Cushing, profesor uniwersytetu Yale w New-Haven za zasługi na polu chirurgji neurologicznej i Franciszek Volhard, profesor uniwersytetu w Franfurcie za prace nad patologją nerek.

Tow. chirurgów w Bostonie nadaje od r. 1915 co kilka lat medal ze specjalnej fundancji ś. p. dra H. Sturgis Bigelow'a największym chirurgom amerykańskim. Otrzymali go dotychczas znani w całym świecie lekarskim: W. J. Mayo, W. W. Keen, R. Matas, Ch. Jackson, G. C. Turnes, J. Finney. W obecnym roku otrzymał medal prof. Harvey Cushing.

Zmarli.

We Francji zmarł Dr. Maurice Cazin, założyciel Tow. chirurgów paryskich, redaktor czasopisma *Paris-Chirurgical,* wielce zasłużony około rozwoju instytucji Domu Lekarza w Paryżu i Szpitala Czerwonego Krzyża w Paryżu.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Uroczyste Zebranie Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. odbyło się dnia 19 listopada 1933 r. Porządek obrad: 1. Zagajenie. 2. Wybór prezydjum zebrania. 3. Pokazy. 4. Wykład: Prof. dr. Franciszek Venulet (Warszawa): Nowe zdobycze w dziedzinie witamin.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dn. 21 listopada 1933 r. Posiedzenie 2. Z cyklu „Zagadnienie walki z narkomanją". 1. Mazurkiewicz J., członek T-wa: Psychofizjologja uczucia bólu. — 2. Łuniewski W. członek T-wa: Klinika narkomanji, wywołanej alkaloidami makowca. 3. Nelken J., członek T-wa: Leczenie narkomanji, wywołanej alkaloidami makowca.

Zw. Lek. Państw. Polsk. Obwód w Krzemieńcu odbył zebranie naukowe 4. XI. 1933. 1. Pokazy: Kol. Abdański przedstawił: a) chorego po wycięciu żołądka sposobem Finsterera spowodu wrzodu dwunastnicy, b) chorego po wycięciu żołądka i głowy trzustki spos. Polya-Reichel spowodu raka żołądka, c) preparat całkowicie usuniętej macicy rakowatej wraz z płodem 5-mies. u 27-letniej kobiety. Omówił: d) przypadek przezopłucnowego urazowego wypadnięcia sieci wraz z pętlą jelita, e) przypadek niedrożności okrężnicy (poliposītas) wyleczony zespoleniem kątnicy z esicą. W dyskusji zabierali głos: Kol. Sikorski, Szlachetko, Połońska, Chaskielberg. 2. Na wniosek Prezesa Kol. Sikorskiego opodatkowali się członkowie na Dom Społeczny w Krzemieńcu. 3. Referat kol. Sikorskiego p. t.: „Odkażanie końcowe a profilaktyka chorób zakaźnych", został przełożony na najbliższe zebranie.

V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy. W dniach 9, 10 i 11 grudnia r. b. odbędzie się w Warszawie V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy. Ze względu na przypadające w r. b. 25-lecie Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego otwarcie Zjazdu poprzedzi Raut, wydany w dniu 8. XII. w salonach Rady Miejskiej przez Pana Prezydenta m. st. Warszawy inż. Zygmunta Słomińskiego. Obrady Zjazdu toczyć się będą w dn. 9 i 10 grudnia w murach Państwowej Szkoły Higjeny przy ul. Chocimskiej 24, dn. 11 grudnia przeniesione zostaną do Otwocka, gdzie uczestników gościć będzie miejscowy Zarząd Miejski oraz Zarząd Uzdrowiska dla chorych piersiowych m. st. Warszawy. Program Zjazdu obejmuje cztery tematy zasadnicze. 1) Nowe metody bakterjologicznego rozpoznawania gruźlicy, 2) Powikłania poodmowe, 3) Stan walki z gruźlicą na ziemiach polskich, 4) Stan walki z gruźlicą na terenie Warszawy. Prelegentami będą: dr. Miłosz Grodecki, prof. dr. Tomasz Janiszewski, prof. dr. Leon Karwacki, doc. dr. Aleksander Ławrynowicz, dr. Mikołaj Łącki, dr. Paweł Martyszewski i dr. Olgierd Sokołowski. Pozatem program przewiduje zwiedzanie szpitali, sanatorjów i instytucyj specjalnych do walki z gruźlicą na terenie Warszawy i Otwocka. W związku ze Zjazdem w okresie od dnia 2. XII. do dnia 12. XII. r. b. trwać będzie w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny Wystawa Przeciwgruźlicza. Dział naukowo-sprawozdawczy zilustruje organizację i stan walki z gruźlicą w Polsce, dział przemysłu chemiczno-farmaceutycznego zapozna uczestników ze zdobyczami tej gałęzi przemysłu polskiego. Komitet Organizacyjny Zjazdu mieści się w lokalu Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego przy ul. Mazowieckiej 5 i udziela informacyj w dnie powszednie w godzinach 9—13 i 18—20 (telefon 699-57). Karta uczestnictwa (biały kolor) daje prawo do 50% zniżki kolejowej w obydwie strony.

Česka splečnost ortopedická, Brno, Joštova 4 zawiadamia nas, że Walne Zebranie odbędzie się dn. 8 grudnia 1933 r. w Pradze.

Alliance Scientifique et Médicale Française — pod tą nazwą zostało zawiązane przez dra Claoué i dra Fischera towarzystwo, które postawiło sobie za cel: urządzać zjazdy koleżeńskie w różnych miejscowościach; odznaczanie tych, którzy przyczynili się pracą swoją do rzeczywistego postępu wiedzy, zachęcać młodych kolegów do zajęcia się pracą naukową.

Sprawy zawodowe.

Wynagrodzenie członków komisyj lekarskich urzędniczych i wojskowych. W związku z ustanowieniem komisyj lekarskich dla funkcjonarjuszów państwowych oraz komisyj wojskowo-lekarskich dla zawodowych wojskowych, czynniki miarodajne wyjaśniły sprawę wynagrodzenia członków tych komisyj, którzy nie są urzędnikami państwowymi. Członkom tym przysługuje prawo do diet w wysokości diet funkcjonarjuszów w VI stopniu służbowym. Ponadto w wypadkach, gdy członek komisji nie mieszka w miejscu urzędowania komisji, przysługuje mu prawo zwrotu kosztów podróży w obie strony.

Różne.

Święto Centrum Wyszkolenia Sanitarnego. 12 listopada, w dniu święta Centrum Wyszkolenia Sanitarnego odbył się w Szkole Podchorążych Sanit. akt promocji rocznika oficerskiego i wręczenia dyplomów. Onegdaj z koszar wymaszerowała kompanja podchorążych: udała się z orkiestrą do Grobu Nieznanego Żołnierza w celu przeniesienia stamtąd ognia zniczowego przed tablicę poległych oficerów-lekarzy, umieszczoną w szkole. Po powrocie kompanji z ogniem znicza, odtrąbiono uroczysty capstrzyk. Oficer inspekcyjny odczytał apel poległych od czasów Księstwa Warszawskiego do 1921 r. oficerów lekarzy. Wczoraj rano kompanje szkolne z kompanją chorągwianą na czele stanęły w pełnym rynsztunku na placu alarmowym, gdzie przybyli: II wicemin. spraw wojskowych gen. Sławoj-Składkowski, gen Rouppert i gen. Kołłątaj-Srzednicki. Gen Sławoj-Składkowski przyjął raport od dowódcy szkoły płk. dr. Maszadro. Następnie kapelan szkoły odprawił mszę św. polową i wygłosił okolicznościowe kazanie. W czasie nabożeństwa nastąpiło zaprzysiężenie najstarszego rocznika, który w dniu tym po raz ostatni występował w mundurach podchorążych przed zamianą ich na oficerskie. Po nabożeństwie nastąpiła defilada. O godz. 11,30 w sali gimnastycznej odbyła się XI inauguracja roku szkolnego w obecności rektorów warszawskich wyższych uczelni. Następnie gen. Sławoj-Składkowski wręczył prymusowi szkoły ppor. Ejmontowi patent oficerski i szablę pamiątkową, dar P. Prezydenta Rzplitej. W dalszym ciągu rozdane zostały patenty oficerskie wszystkim absolwentom szkoły.

Skazany za przemyt ziół leczniczych z Niemiec. W sądzie okręgowym w wydziale karno-skarbowym zapadł we czwartek wyrok w sprawie dra Dudzika, właściciela wytwórni ziół leczniczych „Madau" oskarżonego o przemycanie ziół leczniczych z Niemiec. Sąd skazał dra Dudzika na 9.000 zł grzywny i 3 miesiące aresztu.

Przelewanie krwi stało się niezbędnym nowoczesnym środkiem leczniczym. Medycyna wojskowa pracuje nad sposobem zachowania żywotności krwi przez czas możliwie długi (dochodzi się do 2—3 tygodni) i nad różnemi rodzajami transportu krwi gotowej do przelania; stosownie do potrzeb frontu mają tu znaczenie metody pośredniego przelewania. Bezpośrednie rozwija codzienna medycyna praktyczna, organizując dawców. W październiku b. r. odbył się zjazd ochotników-dawców italskich w Medjolanie. Prof. Lettes wygłosił odczyt o teorji i technice przelewania.

Przewodniczący Komitetu Państwowego dla walki z rakiem w Niemczech założył Komitet naukowy pod przewodnictwem prof. Borsta z Monachjum dla przeprowadzania i regestrowania badań naukowych dotyczących zwalczania raka.

W numerze 82 *La Presse médicale* z 14. X. b. r. prof. Laignel-Lavastine (Paryż) zdaje sprawozdanie z Kongresu historyków w Warszawie (sierpień) przedewszystkiem z sekcji historji nauk i medycyny. Obszerniej poza sprawozdaniem z własnych referatów i przemówień zajmuje się autor sprawą pracy prof. Waltera o chorych kiłowych w rzeźbie Wita Stwosza w kościele Marjackim w Krakowie, którą referowaliśmy niedawno na łamach P. G. L.

Mnożą się doświadczenia nad działaniem jadu kobry na raka. Ostatnio A. Calmette przedstawił paryskiej Akademji Nauk spostrzeżenia nad szybkiem znikaniem guzów raków gruczolakowych myszy po kilkakrotnych zastrzykach jadu do guza.

Pierwszy samolot sanitarny sowiecki rozpoczął obsługę głównej stacji pierwszej pomocy w Moskwie. Do końca b. r. mają Sowiety zbudować 10 samolotów sanitarnych. Na dalszą rozbudowę przeznaczono na rok 1934, cztery miljony rubli.

Niedawno zamieściliśmy notatkę o kopalniach rudy radonośnej w Katandze (Kongo belgijskie). Drugi obfity ośrodek, gdzie znaleziono złoża pechblendy leży w Kanadzie, u wybrzeży jeziora Niedźwiedziego na szerokości Koła Polarnego. Wydobywanie rudy (od r. 1930) natrafia oczywiście na duże trudności i odbywa się tylko w lecie. Rudę przewozi się samolotami do stacji kolejowej (najbliższa 1500 km), a stamtad do zakładów produkujących czysty rad. Ruda kanadyjska jest 3 razy bogatsza w rad od belgijskiej (110—130 mlg radu na tonnę), jednak droższa spowodu transportu. Sam transport powietrzny kosztuje 12 tys. fr. za tonnę wobec 3 tys. z Kongo do Belgji.

Według badań Vacek'a (Czechosłowacja) pałeczka duru brzusznego dostawszy się do wody z wydalinami chorego rozwija się w niej pomyślnie tylko w razie braku innej mikroflory i fauny. Z tego powodu przez czystą wodę do picia zakażoną durem, może się pałeczka łatwiej roznosić, podczas gdy w wodzie zanieczyszczonej innemi drobnoustrojami ginie do kilku dni.

Komunikaty.

W Nr. 21 „Medycyny" znajdujemy notatkę o najdawniejszem czasopiśmie lekarskiem. Według *Medical and chirurgical Reporter* pierwszym wydawcą czasopisma lekarskiego był Mikołaj de Blegny. Gazeta, o której mowa, wychodziła pod nazwą *Zodiacus Medico-Gallicus* od r. 1680 do 1684. Chociaż Blegny nie otrzymał specjalnego wykształcenia, przez usilną pracę doszedł do tego, że w 25-ym roku życia był chirurgiem królowej, w 5 lat potem lekarzem Ks. Orleańskiego, a w 4 lata później lejb-medykiem króla Ludwika XIV. Krytyki, jakie B. umieszczał w swym dzienniku, tak rozgniewały niektóre możne osoby ówczesne, że w r. 1684 gazetę z rozkazu władzy wyższej zamknięto. Wydawnictwo podjął wtedy dr. Niort, lekarz francuski, praktykujący w Amsterdamie, i przezwawszy gazetę *„der galante Mercur"*, nadał jej charakter bardziej beletrystyczny, niż lekarski.

W Polsce pierwszem czasopismem lekarskiem były wydawane w Lesznie od r. 1750 *„Primitiae Physico-medicae ab iis qui in Polonia et extra eam medicinam faciunt, collectae"*. Wydawnictwa tego wyszły zaledwie trzy tomy. Redaktorami byli: Ernestus Jeremias Neifeld, medicus Lesniensis i Gottlob Ephraim Herrmann, medicinae Doctor et physicus civitatis Boianovae.

Belgijskie Tow. Lek. urządza wycieczkę lekarską w czasie Wielkanocy od 24. III. do 10. IV. 1934. Wyjazd z Marsylji przez Maltę, Pireus, Konstantynopol, Konstance do Odessy i spowrotem. Cena 2.800 fr. fr. Szczegóły: Bruxelles-Medical, 29. Boul. Adolphe Max, Bruxelles.

Redakcja otrzymała:

A. Voegeli: Die Differenzialdiagnose der Baucherkrankungen. Hippokrates-Verlag. Stuttgart—Leipzig. 1933.

Pol. Akad. Umiejętności: Comptes rendues mensuels des séances de la classe de médecine. Nr. 2—4, 5—6, 7—8. 1933.

Prof. Korczyński: Mapa uzdrowisk polskich. Podz. 1:800.000. Pol. Tow. Balneologiczne. Kraków. 1933.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA NA KWARTAŁ IV-ty

w kraju . . . . zł 14.—

zagranica . . . . . . $ 2.50